

L'ODONTOLOGIE

SF 32

28e année. Vol. XL

N° 13. 15 JUILLET 1908.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
A. BLATTER,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

28e année. — 2e SEMESTRE 1908 — Vol. XL.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe
Téléphone 223.04

ABONNEMENT :

FRANCE .... **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**

Le Numéro : **1** franc.

28e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CATAPHORÈSE, ÉLECTROLYSE, IONISATION

Par M. MENDEL-JOSEPH,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Le mécanisme de l'introduction électrolytique des substances dans l'organisme à travers les tissus intacts n'a reçu d'interprétation satisfaisante qu'en ces dernières années. Jusque-là le phénomène est resté très obscur, malgré les nombreux efforts faits pour l'élucider. Les observateurs étaient unanimes à reconnaître l'exactitude du fait de la pénétration médicamenteuse ; on s'accordait à en louer les effets thérapeutiques, mais on restait incertain et contradictoire quant à l'interprétation de la nature intime du processus.

Pendant longtemps l'hypothèse de la cataphorèse a été la conception la plus généralement admise. Il importe de déterminer le sens exact de cette hypothèse.

La cataphorèse est le transport par le courant d'une substance *dans son intégrité* de l'anode sur la cathode. Suivant la définition du professeur Masson, la cataphorèse est « le transport des liquides avec les substances qu'ils peuvent tenir en dissolution du pôle positif au pôle négatif dans un courant passant à travers le tissu ». Il s'agirait d'un phénomène d'ordre purement mécanique, la translation du corps se faisant « en masse » sans décomposition préa-

lable. Ainsi, si l'on réunit deux vases renfermant un liquide par un tube capillaire et qu'on fasse passer un courant, il y a transport en masse du liquide du vase positif vers le vase négatif. Voilà le type de la cataphorèse. De même, en faisant passer un courant sur une grenouille d'une patte à l'autre, on peut obtenir que la patte négative soit plus gonflée que la patte positive. L'entraînement en masse de l'anode sur la cathode a été observé avec le bleu d'aniline, le sulfure arsénieux, la gélatine, l'or, l'argent, etc.

Dans le même ordre de faits, certaines substances telles que l'éosine, l'oxytémoglobine, l'hydrate de fer, manipulent la propriété opposée ; leur migration s'effectue de la cathode vers l'anode ; on a donné à ce phénomène le nom *d'anaphorèse.*

La cataphorèse (ou l'anaphorèse) existe donc et c'est l'un des mérites de M. Foveau de Courmelle de l'avoir différenciée expérimentalement de l'électrolyse. Mais, on l'a vu, seuls quelques corps particuliers obéissent à la loi de la cataphorèse. Quant au mécanisme de pénétration médicamenteux dans l'organisme, le rôle de la cataphorèse est extrêmement problématique. La plupart des auteurs le nient formellement. M. Leduc, plus réservé, affirme néanmoins qu'aucune expérience ne montre d'une façon certaine l'introduction des médicaments par cataphorèse.

Par quel processus se ferait donc la pénétration dans l'organisme des substances médicamenteuses ?

Par l'ionisation et l'électrolyse ou mieux par *l'électro-ionisation.*

Lorsque dans une solution de Na Cl, on fait passer un courant électrique, on voit que le métal Na se dégage au pôle négatif, le métalloïde Cl au pôle positif.

Faraday a donné à ce phénomène le nom d'électrolyse. Il a appelé *anion* le corps qui se dégageait à l'anode et *cathion* le corps qui se dégageait à la cathode.

Pour expliquer le phénomène de l'électrolyse, on a longtemps invoqué la théorie de Grothus, suivant laquelle la décomposition résultait de l'action directe du courant.

L'énergie électrique, se transformant en énergie chimique, effectuait le dédoublement du corps composé en ses fragments élémentaires.

Peu à peu on s'est rendu compte de l'insuffisance de l'hypothèse de Grothus.

On vit tout d'abord que le courant ayant servi à l'électrolyse n'éprouve aucune perte d'énergie électrique, chose bien surprenante si l'on considère la solide organisation de certains corps composés. En 1857, Claudius parvint à réaliser l'électrolyse avec des courants d'intensité extrêmement faibles, insuffisants à opérer le dédoublement des corps en expériences. Aussi, dès cette époque, soupçonnait-il la dissociation préalable des molécules dans les solutions électrolytiques.

Mais ce sont les recherches ultérieures sur les propriétés physico-chimiques des solutions, l'étude de leur point de congélation, de leur pression osmotique, de leur tension de vapeur, qui ont permis de reconnaître le bien-fondé de l'hypothèse de Claudius et de préciser la théorie moderne de l'ionisation.

On connaît deux sortes de solutions. Les unes — solutions des acides, des bases, des sels — se laissent traverser par le courant électrique ; elles sont dites électrolytiques. Les autres, comme les solutions de sucre, de glycérine, d'urée, sont réfractaires au passage du courant : elles sont dites non électrolytiques.

Un des caractères essentiels des solutions est leur concentration moléculaire. Suivant la quantité des substances dissoutes, la concentration des solutions est plus ou moins élevée. Lorsque dans un litre d'eau distillée on dissout 58 gr. 5 de Na Cl, représentant le poids moléculaire de ce corps, on obtient une solution à concentration moléculaire normale. En dissolvant le dixième du poids moléculaire d'un corps donné, on aura une solution à concentration moléculaire demi-normale.

Les recherches de Van d'Hoff ont montré que « dans une solution la matière dissoute se compose comme un gaz ».

L'analogie entre les substances dissoutes et les gaz est complète : les molécules des corps dissous sont mobiles, les unes par rapport aux autres comme les molécules des corps gazeux. Elles ont, comme les molécules des gaz, une tendance à se répandre d'une façon homogène pour occuper tout l'espace que leur offre le volume du dissolvant, lequel représente le vase renfermant un gaz. Comme les molécules des gaz, les molécules des corps dissous exercent sur les limites des espaces qui les renferment une pression dite *pression osmotique*. Cette pression osmotique suit exactement les mêmes lois que la pression des gaz ; elle a exactement les mêmes constantes ; toutes les notions acquises par l'étude de la pression des gaz, sont applicables aux pressions osmotiques des substances dissoutes. Comme pour les gaz, la pression osmotique est proportionnelle à la nomenclature moléculaire. Pour les solutions comme pour les gaz, la pression à o degré pour une concentration d'une molécule par litre est de 22 atmosphères 35 centièmes [1].

Or, chose remarquable : les solutions dites électrolytiques semblent faire exception à cette loi générale. L'étude de leur pression osmotique indique toujours une concentration moléculaire plus élevée que celle qui existe en réalité.

Il y a plus. La cryoscopie est l'étude du point de congélation des liquides. L'abaissement du point de congélation est fonction du degré de concentration moléculaire. En déterminant le degré thermométrique auquel une solution passe à l'état solide, on peut en déduire le nombre de molécules dissoutes. Or, tandis que dans les solutions non électrolytiques, l'abaissement du point de congélation correspond exactement au nombre de molécules ou fraction de molécules dissoutes, dans les solutions électrolytiques, l'étude du point cryoscopique révèle une concentration moléculaire toujours plus élevée que le nombre de molécules réellement dissoutes.

Enfin, l'étude de la tension des vapeurs des solutions électrolytiques conduit aux mêmes constatations.

1. Leduc : les ions et les médications ioniques.

Ainsi donc l'étude de la pression osmotique, du point cryoscopique, de la tension de vapeur des solutions, conduit à cette notion paradoxale que dans les solutions électrolytiques la concentration moléculaire est plus élevée qu'elle n'est en réalité.

La théorie des ions a l'avantage de fournir une interprétation rationnelle de ces faits contradictoires ; elle en expose les raisons, en détermine les conditions et les fait rentrer dans la loi générale. La formule générale de cette théorie a été donnée par Swante-Arrhénius en 1886. En voici les données fondamentales.

Lorsqu'on fait une solution d'un sel, d'un acide, d'une base, un certain nombre de molécules dissoutes se dissocient en deux éléments appelés *ions*. Cette dissociation constitue le phénomène capital des solutions électrolytiques ; le courant électrique ne passe qu'à la faveur de cette dissociation préalable.

Chacun des ions dissociés porte une charge électrique égale et de signe contraire. Cette charge suffit à satisfaire leur affinité chimique et leur permet de se comporter exactement comme des molécules.

Il résulte que dans une solution de Na Cl, par exemple, on trouve trois sortes d'éléments : les molécules de Na Cl non dissociées et électriquement neutres, des ions Cl et des ions Na jouant le rôle des molécules. Dans une solution où nous avons fait dissoudre 1.000 molécules de Na Cl, tout se passe comme si nous avions en réalité 1200 molécules.

800 de Na Cl.
+ 200 de Na.
— 200 de Cl. (Doumer.)

L'énergie nécessaire à cette dissociation est la chaleur qu'absorbent les corps en se dissolvant et que l'on appelle chaleur d'ionisation.

La proportion des molécules dissociées par rapport aux molécules non dissociées varie avec le degré de dilution. La dissociation croît avec la dilution. Dans la solution très étendue toutes les molécules peuvent être dissociées.

Suivant la constitution des corps en dissolution les ions ont une composition variable, mais toujours constante pour chaque corps dissous.

Dans la solution de Na Cl l'ion Na et l'ion Cl sont tous les deux monoatomiques.

Dans la solution de $SO^4 Na^2$ le radical acide conserve le groupement initial SO^4 : c'est un ion biatomique. Le cathion Na reste monoatomique.

Dans la solution des corps de composition complète, tels que la cocaïne $C^{17} H^{22} AzO^4 Cl$, l'anion Cl est monoatomique, tandis que le cathion $C^{17} H^{22} AzO^4$ est polyatomique.

Quand on fait passer un courant électrique à travers une solution ionisée, on assiste à un double mouvement d'ions dans le sens opposé : les uns remontent le courant, les autres descendent. Les ions électro-positifs descendent de l'anode vers la cathode ; les ions électro-négatifs remontent de la cathode vers l'anode.

Arrivés au contact des électrodes, les ions perdent leurs charges respectives et cet apport continu des charges vers l'électrode constitue le courant électrique lui-même.

Le courant électrique ne sert donc en réalité qu'à orienter les différents ions, à les diriger dans l'un ou l'autre sens, mais non à les engendrer puisqu'ils préexistent dans la solution avant tout passage du courant.

Ainsi s'éclaire l'intime mécanisme de l'électrolyse inséparablement lié à l'ionisation qui en est la condition première. Ainsi, on le verra de même, apparaît plus net le problème de l'introduction des substances médicamenteuses dans l'organisme. Dédoublement ou ionisation de la molécule, orientations des ions, attraction polaire, migration interpolaire (à travers l'organisme), telles sont les phrases successives de l'électroionisation essentiellement distinct de la cataphorèse.

Que se passe-t-il avec l'ion une fois sa charge abandonnée ? Il revient à l'état de simple atome ou de radical avec ses caractères physiques propres et ses aptitudes chimiques régulières. Dépouillé de sa charge qui suffisait à satisfaire

son affinité, il tend invinciblement à contracter des combinaisons nouvelles avec les corps en présence. Dans la solution de Na Cl, que nous avons l'habitude de prendre pour exemple, le cathion Na s'empare de l'hydrotile OH pour former de la soude Na OH [1], tandis que l'anion Cl formera avec l'H de l'acide chlorhydrique [2].

Les choses se passent de la sorte lorsque les électrodes sont formés d'une substance inattaquable comme le platine, l'or, le charbon. Il n'en est pas ainsi avec les électrodes attaquables : cuivre, zinc, étain. Dans ces cas les ions libérés de leurs charges attaquent le corps de l'électrode en formant des composés variables avec la nature de l'électrode et la composition de l'électrolyse.

Les réactions chimiques ne s'effectuent qu'au niveau du pôle positif, lieu où se dégage le radical acide, seul apte à réagir sur les corps métalliques en présence. Au pôle négatif, au contraire, les produits basiques dégagés restent sans action sur le métal de l'électrode.

Examinons ce qui se passe lorsqu'on introduit notre organisme dans le circuit d'un générateur électrique. Les phénomènes sont variables suivant la région considérée : au point d'application des pôles (action polaire) ; au voisinage des pôles (action péripolaire) ; dans les régions éloignées des pôles (action interpolaire).

Action polaire. — Au point de vue qui nous occupe, l'organisme peut être considéré comme une solution électrolytique de composition complexe séparée par des parois perméables. Mais la richesse de Na Cl dans les liquides de l'organisme est tellement prépondérante que pratiquement c'est avec ce sel qu'on a affaire dans les applications de l'électroionisation.

Voyons donc ce qui se passe au contact immédiat des pôles. Les phénomènes varieront avec la nature de l'électrode :

---

1. $2\ Na + 2\ H^2O = 2\ Na\ OH + 2\ H$.
2. $2\ Cl + H^2O = 2\ H\ Cl + O$.

1° Avec l'électrode en métal inattaquable on observe les actions suivantes :

a) Effets primaires : à l'anode, on constate le dégagement des radicaux acides ou pathogènes des liquides de l'organisme.

A la cathode le dégagement des métaux alcalins.

b) Effets secondaires : les ions dégagés ayant perdu leurs charges agissent comme éléments chimiques : les anions agissant comme anhydride attaquent les tissus, leur enlèvent de l'hydrogène et dégagent de l'oxygène.

Les cathions prennent aux tissus un radical hydroxyle et dégagent de l'hydrogène.

c) Effets tertiaires : les composés ainsi formés, tels que l'acide chlorhydrique à l'anode, la soude à la cathode, agissent alors à leur tour sur les tissus et se comportent comme le feraient les solutions électrolytiques de H Cl et de Na Oh. Les réactions ainsi produites ont été étudiées par Bergonié sous le nom des effets tertiaires ;

2° Avec les électrodes en métal attaquable les effets seront différents : à la cathode, lieu où se forment les produits basiques, inaptes à réagir sur le métal, les effets sont identiques à ceux que nous venons d'exposer pour les électrodes inattaquables. A l'anode au contraire les corps dégagés forment avec l'électrode des produits nouveaux. « En pratique il se formera un oxychlorure du métal considéré ; mais cet oxychlorure, qui imbibera plus ou moins la peau ou la muqueuse sur laquelle l'électrode est appliqué, se dissolvant dans l'eau des tissus, s'ionisera, puis subira les lois de l'électrolyse et l'ion métal pénétrera dans les tissus pour se diriger vers le pôle négatif » ;

3° Avec les électrodes formés d'une solution électrolytique on assiste « à un échange ionique aux surfaces de séparation du corps et des électrodes électrolytes ; à l'anode le corps abandonne les anions et reçoit les cathions ; à la cathode le corps abandonne les cathions et reçoit les anions ».

« Représentons le corps par une solution de Na Cl et

les électrodes par une solution de IK. Par le passage du courant tous les cathions avancent vers la cathode, les anions vers l'anode et l'on voit que les ions potassium pénètrent dans le corps à l'anode, les ions iode à la cathode.

Schéma de l'introduction électrolytique d'un corps composé :

Positif	$\overset{+}{K}$	$\overset{+}{K}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{K}$	$\overset{+}{K}$	Négatif
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	I	I	Cl	Cl	Cl	Cl	Cl	I	I	
	anode		Corps					cathode		

Avant le passage.

Positif			$\overset{+}{K}$	$\overset{+}{K}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	$\overset{+}{Na}$	K	K	Négatif
			—	—	—	—	—	—	—			
	I	I	Cl	Cl	Cl	Cl	Cl	Cl	I			

Après le passage du courant.

Mais les réactions varieront suivant que les électrodes seront formées de solutions d'acides, de bases, de sels.

Voici, suivant Leduc, le tableau schématique de ce qui se passe.

En désignant par R les radicaux acides ou halogènes, par M les métaux agissant comme bases, nous pourrons représenter la molécule d'acide par la formule $\underset{-}{R}\ \underset{+}{H}$, celle de base par $\underset{+}{M}\ \underset{-}{OH}$, celle de sels par $\underset{-}{R}\ \underset{+}{M}$; on peut représenter ainsi le mécanisme de pénétration des ions avec les différents électrolytes.

Acides.

	Anode			Corps				Cathode		
Avant le passage du courant	$\overset{+}{H}$ — R	$\overset{+}{H}$ — R		$\overset{+}{Na}$ — Cl	$\overset{+}{Na}$ — Cl	$\overset{+}{Na}$ — Cl	$\overset{+}{Na}$ — Cl	$\overset{+}{H}$ — R	$\overset{+}{H}$ — R	
après	— R	— R	$\overset{+}{H}$ — Cl	$\overset{+}{H}$ — Cl	$\overset{+}{Na}$ — Cl	$\overset{+}{Na}$ — Cl	$\overset{+}{Na}$ — R	$\overset{+}{Na}$ — R	$\overset{+}{H}$	$\overset{+}{H}$

Bases.

	Anode	Corps	Cathode
avant	$\frac{\overset{+}{M}}{OH}$ $\frac{\overset{+}{M}}{OH}$	$\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$	$\frac{\overset{+}{M}}{OH}$ $\frac{\overset{+}{M}}{OH}$
après	$\frac{\ }{OH}$ $\frac{\ }{OH}$ $\frac{\overset{+}{M}}{Cl}$	$\frac{\overset{+}{M}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{OH}$	$\frac{\overset{+}{Na}}{OH}$ $\overset{+}{M}$ $\overset{+}{M}$

Sels.

	Anode	Corps	Cathode
avant	$\frac{\overset{+}{M}}{R}$ $\frac{\overset{+}{M}}{R}$	$\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$	$\frac{\overset{+}{M}}{R}$ $\frac{\overset{+}{M}}{R}$
après	$\frac{\ }{R}$ $\frac{\ }{R}$ $\frac{\overset{+}{M}}{Cl}$	$\frac{\overset{+}{M}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{Cl}$ $\frac{\overset{+}{Na}}{R}$	$\frac{\overset{+}{Na}}{R}$ $\overset{+}{M}$ $\overset{+}{M}$

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Enlèvement des pivots brisés des racines. — Enlever d'abord autant de ciment que possible autour du pivot avec une petite fraise, en n'allant pas trop profondément, puis meuler avec le tour une fraise à cône renversée (n° 40 à 42 S. S. White) jusqu'à ce qu'on ait un foret long, tranchant et pointu à trois pointes. Avec cet instrument tailler le ciment autour du crampon. On retire alors aisément le crampon avec une petite pince. *(Dent. Sum.)*

Parallélisme des supports du bridge sans dévitalisation. — Quand les dents de support du bridge inclinent l'une vers l'autre, on les prépare pour des couronnes d'or comme à l'ordinaire. Une coiffe en or avec faces parallèles est adaptée au support de l'arrière, qui, une fois en position sur la dent, incline dans la même direction que celle-ci. Souder une section de plaque d'or à la coiffe pour remplir l'espace entre le bord antérieur de la face triturante de la coiffe et le bord gingival, en l'étendant un peu en avant d'une ligne parallèle au support opposé. Cette portion de plaque d'or s'étend sur les côtés de la coiffe de façon à couvrir la moitié des côtés buccaux et du côté lingual. Mettre la coiffe en position et faire une couronne d'or télescopant la coiffe. Construire le reste du pont comme à l'ordinaire. *(Dent. Sum.)*

Craquelure des dents pendant la soudure. — On évite que les dents ne se craquellent pendant la soudure en tenant compte des recommandations suivantes :

1° Employer les dents des meilleures marques ;
2° Ne pas river en contreplaquant ;
3° Appliquer avec soin du borax autour des crampons ;
4° Chauffer avec soin avant la soudure ;
5° Souder en une fois pour éviter les changements brusques de température ;
6° Laisser refroidir naturellement. *(Dent. Summary.)*

Soudure. — Chauffer la matière de revêtement sur les côtés et au fond jusqu'à ce que la surface à souder soit assez chaude pour fondre la soudure, en veillant à ce que la porcelaime soit plus chaude que les crampons et à ce qu'il en résulte une union parfaite de la matière. Si la soudure fond à une extrémité et non à l'autre, chauffer la matière de revêtement de l'autre côté. *(Dent. Sum.)*

Utilisation du fil électrique. — En cas d'insuccès dans l'emploi du four électrique mettre à l'épreuve le moufle. Relier quelques mètres de fil électrique ordinaire à une borne, à une extrémité et à une pointe de cuivre à chacune des autres. Couper un de ces fils et mettre une lampe. Celle-ci éclaire quand les pointes sont mises en contact avec les deux fils terminaux du moufle si le fil n'est ni brûlé ni cassé.

Ce moyen permet de découvrir la rupture si une réparation est nécessaire. Quand le fil est brûlé on voit l'endroit d'ordinaire, mais quand il est cassé on ne le voit pas. Dans la plupart des cas, la combustion se produit entre 75 et 100 mm. de l'extrémité négative du fil, en raison de la chaleur excessive du fil en ce point. *(Dent. Rev.)*

Nettoyage des dents. — Opérer le nettoyage avec le nombre d'instruments rigoureusement nécessaire. Les mouvements de grattage doivent être doux et déterminés, et, le dépôt reconnu, l'enlever aussi tranquillement que possible. Une dent doit être nettoyée complètement avant de passer à sa voisine, à moins que l'enlèvement ne soit particulièrement difficile, ennuyeux et douloureux, auquel cas il faut laisser le point se reposer. L'emploi de l'iode pour amollir les dépôts en facilite l'enlèvement. *(Dent. Rec.)*

Gutta pour bridge. — L'emploi de la gutta pour monter le bridge fixe se répand de plus en plus, en raison de la facilité relative avec laquelle le bridge peut être enlevé en cas de besoin, sans nuire aux supports. *(It. of int.)*

Prévention de la carie. — Les rubans fixés aux dents pour redressements doivent être cimentés pour empêcher la carie par suite de la rétention et de la décomposition des particules alimentaires. *(Dent. Sum.)*

Enlèvement des rubans. — Aplatir l'extrémité d'un bâtonnet d'oranger et la placer sur l'extrémité d'une dent, puis placer l'un des mors d'une pince à mors plats sur le bois et l'autre sur l'extrémité du ruban et serrer la pince. On enlève ainsi un ruban cimenté sans fracture. Le grain du bois doit être transversal au bord tranchant de la dent. *(Dent. Sum.)*

Parallélisme des supports du bridge sans dévitaliser. — En cas d'inclinaison de l'une des dents-supports vers l'autre ou de toutes les deux, préparer les dents pour les couronnes d'or comme d'habitude. Une coiffe d'or à côtés parallèles est adaptée au support de l'arrière, qui, une fois en position sur la dent, incline dans le même sens que la dent. Souder alors un morceau de plaque d'or à la coiffe pour remplir l'espace entre le bord antérieur de la face triturante de la coiffe et le bord gingival, en l'étendant un peu en avant d'une ligne parallèle au support opposé. Ce morceau s'étend aux côtés de la coiffe de façon à couvrir environ la moitié des côtés lingual et buccal. La coiffe et son appendice sont mis en position et une couronne d'or est faite pour télescoper la coiffe. Le reste du pont se construit comme d'habitude. *(Dent. Cosm.)*

Emploi de la seringue hypodermique dans l'anesthésie à haute pression. — Dans plusieurs cas, dit M. F.-E. Harper, j'ai employé une seringue hypodermique comme seringue à haute pression pour calmer la dentine sensible avec un succès parfait. Cette seringue doit être plutôt grande et quelques gouttes de solution seulement doivent être mises dans le corps de pompe pour en rendre la manipulation plus facile. La pointe est celle d'une hypodermique droite ordinaire avec la partie en biseau sectionnée et la partie renforcée aussi fine que possible. Avec cette seringue on obtient un contact parfait et les résultats sont aussi bons qu'avec toute autre seringue à haute pression. *(Dent. Cosm.)*

Plâtre de revêtement. — La formule suivante donne le plâtre de revêtement le meilleur et le moins cher : plâtre ordinaire pour dentiste, 2 parties ; mica pulvérisé, 1 partie ; marbre en poudre, 1 partie (en mesure et non en poids). Mélanger complètement et avec soin pour assurer l'uniformité de la masse et on obtient un plâtre convenant pour tous les besoins du laboratoire. *(Am. Dent. J.)*

Protection de la porcelaine pendant la soudure. — Quand il est nécessaire pour souder d'investir les couronnes ou bridges la face de porcelaine en haut, recouvrir celle-ci de papier d'amiante saturé du mélange de revêtement, en engageant les extrémités libres dans le corps de la matière de revêtement. Le papier protège l'opération contre l'action directe de la flamme. *(Dent. off. and Labor.)*

Renforcement des pointes des couronnes. — Il nous faut une épaisseur uniforme de la face triturante et il ne faut pas que la soudure monte le long des parois. Pour obtenir la première chose et empêcher la seconde, couper un disque de plaque mince et percer à l'emporte-pièce un grand nombre de trous pour empêcher les bulles d'air entre les disques, estamper ce disque entre les poinçons ; dégrossir les bords juste assez pour que le disque glisse dans la couronne, et celui-ci reposera au fond ; mettre des morceaux de fondant pour soudure, couler celle-ci et tout se passera bien. Le disque agira comme un porteur uniforme et en même temps il empêchera la soudure de monter. Limer les bords débordants de la coiffe et polir la soudure ; la couronne peut alors se placer comme d'habitude.

Pour appliquer ce procédé à un bridge il faut un articulateur qui permette la mastication naturelle dans chaque cas. *(It. of int.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 19 mai 1908.

(Suite et fin.)

M. Delair. — Je tiens à féliciter l'éminent professeur qu'est mon ami M. Richard-Chauvin, ce vieux pionnier de l'art dentaire qui n'a que des amis parmi nous.

La question des dents minérales a été l'objet, comme le disait si bien tout à l'heure M. Frey, des recherches de beaucoup de dentistes et cela depuis longtemps. Moi-même je me suis occupé à une certaine époque de cette question et je l'ai abandonnée parce que véritablement j'ai reconnu qu'un homme tout seul ne pouvait pas arriver à mettre cette question au point. J'ai reconnu aussi que si même il se rapproche du résultat après de persévérants efforts, il se dresse devant lui une puissante société étrangère qui le menace de lui *casser les reins.* Par conséquent je félicite M. Richard-Chauvin de s'être adjoint des savants qui ont pu l'aider dans ses recherches et qui lui ont permis de nous montrer des résultats qui sont véritablement probants. Les dents qui nous ont été montrées ont de jolies formes. La forme est en somme accessoire, on peut la faire ce qu'on veut. Dans un pays d'artistes, comme la France, on trouvera toujours des modeleurs capables de faire des moules à dents.

Mais là où la chose devient intéressante pour nous, c'est cette idée de nous faire des dents toutes plaquées, doublant, à mon avis, leur force. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est cette trouvaille de faire une pâte, non pas unicolore, c'est-à-dire non pas une pâte colorée comme celle que l'ingénieur Vogt, de Sèvres, m'a appris à faire, mais une pâte solide, doublée d'une pâte de pegmatite, donnant à la dent son aspect solide.

La plupart de nos confrères ici présents n'ont pas fait comme certains d'entre nous de la céramique dentaire, ils n'ont pas connu le temps où le dentiste était un peu initié à cette fabrication. J'ai moi-même travaillé vers 1872, avec Devilmur qu'on vous citait tout à l'heure, c'était un ami de mon père.

L'idée de faire des dents en se servant de deux pâtes différentes, l'une comme couverte, l'autre comme corps de résistance, est très bonne parce que là où précisément résidait la faiblesse des dents, était précisément la composition de la pâte, pas assez dense, et qui de ce

fait cassait souvent pendant la soudure. Je suis persuadé qu'avec ce corps et avec ce revêtement, la dent augmentera beaucoup de solidité.

Reste cependant une question à résoudre : ces dents ne risquent-elles pas de coûter plus cher que les autres? Il faudrait qu'elles puissent, étant donné qu'elles seront plus solides, lutter avantageusement, commercialement, avec les dents des autres fabricants. Eh bien pour cela je crois que M. Richard-Chauvin fera ce que d'autres ont fait, ce qu'un jeune de cette Ecole a fait il y a quelques années. Il se nommait Billebon. Il est venu chez moi à Nevers pour voir le four dont je me servais pour mes essais de nuances.

Eh bien j'estime que M. Richard-Chauvin, s'il a eu la chance de pouvoir s'entourer de compétences absolues, ne fera rien s'il est tout seul pour réunir les capitaux nécessaires pour créer, pour lancer une industrie de cette importance. Il faudrait pour obtenir un résultat que nous en fassions pour ainsi dire une affaire professionnelle nationale et que nous l'aidions tous, de façon que cette belle fabrication des dents minérales, dont le berceau fut la France, redevienne pour nous une industrie nationale française.

Je vais vous citer un fait pour éclairer votre religion à ce sujet. Pour fabriquer des dents minérales il faut au moins trois mille moules en laiton fondu. Il en faut pour fabriquer en grand, sur le pied des grandes usines que vous connaissez, de 6 à 7.000, sans compter les étalons qui ne servent que pour la reproduction des moules usés.

Or le moindre moule coûte 120 francs, pour le moulage d'une bouche de six. Donc calculez quel capital il faut.

M. Baudet. — Et ces moules s'usent rapidement, il faut les remplacer au fur et à mesure.

M. Delair. — Il y a non seulement toutes les bouches de six, haut et bas, plates et à talons, il y a les canines plates, les canines pleines, les molaires plates, les molaires à demi-talons pour or et les pleines à tubercules pour caoutchouc, les dents déchaussées et non déchaussées, etc., sans compter les dents à gencives ni celles à tubes, et tout cela fait un joli stock de moules. Il faut modeler les moules, les fondre, les ajuster, les ciseler. Je sais pour ma part ce qui en est, car j'en ai fait de toutes pièces.

Par conséquent calculez la jolie somme que vous donnent 4 à 5.000 moules à 120 francs. Voilà ce qu'il faut envisager pour une pareille affaire. Il faut avant tout faire bien, ou ne rien faire du tout.

M. Villain. — Inutile de dire que je m'associe aux remerciements et félicitations qui ont été adressés ce soir à mon maître M. Richard-Chauvin. Au point de vue commercial la question est extrêmement difficile à résoudre ; il faudra que beaucoup d'entre nous se solidarisent pour arriver à un résultat, car il y a à lutter contre la concurrence des Américains qui est très puissante.

Quelqu'un de cette Ecole, M. d'Argent, je crois, avait établi qu'il ne fallait pas moins de 18 millions pour posséder une usine capable de lutter concurremment avec les Américains. Cela vous semble peut-être excessif, je vous cite, pour ma part, tout simplement le chiffre qu'il nous a donné et ce n'est certes pas pour vous décourager, loin de là. Je tiens à montrer combien la solidarité professionnelle est utile pour mener à bien une telle entreprise.

M. Baudet a accusé les dentistes français d'être quelque peu négligents. Je vais vous citer à ce propos un fait.

Certaines maisons ont fait des efforts pour améliorer les dents que nous employons. La maison S. S. White fit à un moment donné de gros sacrifices pour obtenir des dents de formes normales, que nous puissions employer, montées à l'aide d'articulateurs anatomiques, physiologiques. Or ces dents n'ont pas été achetées par les dentistes et les fabricants ont été obligés d'en revenir à leurs anciens moules, aux formes bizarres que nous avons actuellement dans le commerce.

La faute n'était donc pas imputable aux fabricants qu'on accuse si souvent, et je regrette d'avoir des reproches à adresser aux dentistes, mais je tenais à rendre justice à l'effort des fabricants, ce n'est pas si souvent qu'ils nous le permettent. Je voudrais maintenant poser une question à M. Richard-Chauvin.

Vous nous avez dit, si j'ai bien compris, que vos dents se composaient de deux corps, tandis que les dents se composaient jusqu'alors d'un seul corps; j'avais cru jusqu'ici que certaines fabrications se composaient de deux corps bien différents dans leur point de fusion, l'un qu'on appelle le body, l'autre qu'on appelle l'enamel, ou l'émail. Le body est un corps jaune foncé coloré avec des sels d'or et qui donne la coloration vitale très rapprochée de la couleur de l'ivoire. L'émail est un corps transparent composé de différentes teintes, qui permettent d'obtenir les diverses couleurs que possède la dent. Je voulais vous demander de vouloir bien m'éclairer sur ce sujet.

M. Richard-Chauvin. — Je vois que M. Delair a demandé la parole sur ce point, je le laisserai donc répondre.

M. Delair. — Si nous lisons certains ouvrages traitant de la fabrication des dents nous trouvons des formules absolument fausses.

Ce qui donne aux dents minérales ce vernis que nous connaissons et que nous assimilons à de l'émail, que nous finissons même par appeler de l'émail, par analogie à l'émail des dents humaines, ce n'est pas de l'émail. L'émail c'est du verre. L'émail contient de la chaux, les dents minérales n'en contiennent pas, c'est ce qui les différencie de la pâte de porcelaine tendre. Les dents sont faites de porcelaine à grand feu, de porcelaine dure; ce qui leur donne la vitrification, c'est la quantité parfaitement dosée du feldspath qu'elles contiennent.

Il n'y a pas du tout d'adjonction de couche vernissée.

Au commencement de l'autre siècle on a obtenu des dents en deux opérations, d'abord on établissait la dent au point de vue céramique, puis on opérait la coloration vernissée et la dent retournait une seconde fois au four. Eh bien les céramistes qui ont perfectionné les dents minérales ont reconnu que pour qu'elles aient une parfaite solidité il fallait que les crampons fussent cuits d'un seul coup, sans retourner au feu. Tous les anciens peuvent se souvenir que les premières dents que nous avons employées — je n'en ai guère employé pour ma part, mais j'en ai vu employer par mon père — n'avaient pas de crampons. Elles avaient des sortes de petits tenons pris dans la pâte. J'ai eu le plaisir de voir, il y a quelques mois, sur les dents minérales dans *L'Odontologie*, un article de notre ami M. Richard-Chauvin, et j'ai parfaitement compris que c'était là sa première idée de la métallisation de la dent par un dépôt métallique. Or autrefois ces petits crampons existaient ; dans le milieu il y avait une rainure et l'on rabattait les petits crampons sur un pivot soudé à la plaque et qu'on soudait ensuite. Ces dents étaient alors faites en deux cuissons : le corps de la dent d'abord, le vernissé ensuite.

Depuis 1850 toutes les dents, anglaises, américaines, belges, Friese, Devilmur — je puis en parler savamment — et autres ont été faites d'une seule pâte, c'est au four qu'elles se vernissent. Quand le four était trop chauffé, le tout s'étalait, comme le disait tout à l'heure M. Richard-Chauvin, et j'en ai maintes fois fait l'expérience à Nevers, Vierzon et à Mehun-sur-Yèvre dans les fours de grand feu où j'ai fait des expériences.

M. Villain. — J'ai parlé des dents de fabrication étrangère qui se font dans deux pâtes différentes. Vous n'avez qu'à les briser, vous verrez parfaitement ces deux teintes. Au reste c'est ce que nous faisons journellement en pratique courante avec les inlays de porcelaine pour lesquels nombre de praticiens emploient ces deux corps, le body et l'émail dont les points de fusion sont différents, ainsi que les teintes.

M. Blatter. — Je ne voudrais pas voir se clore la discussion sans adresser, en mon nom ainsi qu'au nom de beaucoup de jeunes confrères, l'expression de toute mon admiration à M. Richard-Chauvin.

C'est un vétéran de notre profession. Il arrive à une époque où après de longues années de travail beaucoup de praticiens se reposent.

M. Richard-Chauvin s'est tenu à l'écart de nos réunions, mais c'était pour s'attacher à une étude des plus arides, capable assurément d'absorber la vie d'un homme. Je trouve que c'est d'un bel exemple. Je crois que c'est de mon devoir, puisqu'il a été mon maître, de lui exprimer toute mon admiration et de former des vœux les plus sincères pour le succès le plus complet de sa découverte, car il s'agit là d'une vraie découverte.

M. Richard-Chauvin. — Je voulais dire quelques mots encore pour répondre aux affirmations de M. Villain.

Toutes les études analytiques qui ont été faites de toutes les dents, de toutes les teintes, études très suivies et très méticuleuses n'ont révélé dans toutes les dents actuelles qu'un seul corps. Tous ceux qui se sont occupés de porcelaine, de céramique peuvent le dire. Il y a là deux confrères compétents dans la matière qui peuvent dire comme moi.

Nous avons pratiqué l'étude analytique de tous les corps possibles, terres, silex, à commencer par les dents elles-mêmes. Eh bien toutes les dents possibles sont constituées en un seul corps, et, comme je vous l'ai dit à un endroit de cette causerie, ce qui fait que la translucidité de la dent n'est pas toujours la même, c'est que les colorants jouent un rôle pour affaiblir cette translucidité et en particulier la coloration jaune. C'est probablement là ce qui a donné lieu à la remarque de M. Villain.

La coloration jaune rend la dent moins transparente, moins translucide et il est évident que justement c'est cette coloration jaune qui fait la partie la plus épaisse de la dent. A ce niveau lorsque vous plaquez, vous n'avez pas beaucoup de changement de nuance, c'est surtout à la partie mince, à la partie incisive de la dent que vous en avez parce que la coloration n'est pas la même. Forcément le jaune disparaît à cet endroit.

Nos études analytiques ont duré plus de 6 mois. Nous nous sommes livrés là à un travail acharné. Or cela ne nous a pas révélé autre chose que ce que connaissent les céramistes ici présents. Cela ne nous a révélé qu'une chose : un seul et même corps. Si l'on prend ce corps unique et translucide, il n'est pas possible de faire un ancrage étendu à l'intérieur de la dent parce que l'ancrage se verra par transparence, fatalement. Tandis que si vous avez, comme nous l'avons réalisé,deux corps différents : un corps semi-opaque, la chose devient très facile. Je vous disais à ce propos une chose qui rend bien ma pensée : nous avons réalisé à peu près la structure de la dent humaine qui se compose d'ivoire semi-opaque ou aux deux tiers opaque et en plus une couche transparente d'ivoire.

Nous avons obtenu une pâte semi-opaque qui ne détruit pas la vie de la dent et une couverte transparente, ce qui nous permet d'ancrer des attaches solides dans cette dent et de cuire, comme je vous l'ai montré, directement du métal dans la pâte sans que pour cela le métal transparaisse au travers de la couverte.

Maintenant je dirai quelques mots qui sortent un peu de mon sujet, ce n'est plus le sujet scientifique, dont je viens de vous parler. Malgré tout il est intéressant de l'envisager, je crois pouvoir en dire deux mots, puisque M. Delair en a parlé le premier.

M. Delair disait que pour construire une dent comme celle-là, il ne faudrait tout de même pas qu'elle revînt plus cher que la dent actuelle.

Justement la chose est réalisée. Les ancrages que vous voyez là ont été réalisés avec des métaux qui ne reviennent pas cher, qui sont des platinats. Il y en a toute une série et l'on peut choisir ce que l'on veut. Il y a le platinat de nickel par exemple. Remarquez que nous avons soudé ces métaux, ce qui montre bien qu'il est possible de faire la soudure directement sur nos dents. Si vous me dites : mais ces métaux vont s'écrouir à la cuisson (et c'est ce qui empêche de les employer dans les pâtes ordinaires et avec les compositions de dents qui existent actuellement), je répondrai qu'avec la composition que nous avons réalisée ceci nous est indifférent parce que les crampons que nous mettons dans notre dent pour pouvoir réaliser la monture de caoutchouc, prendront leur point d'appui sur le métal et du fait de la courbure de ces crampons, même écrouis, la porcelaine n'aura à supporter aucun effort. Par conséquent, je crois que la dent idéale, si je puis m'exprimer ainsi — c'est peut-être beaucoup de dire cela, puisque c'est moi qui vous présente la chose — la dent idéale, dis-je, se trouve réalisée, puisque nous pouvons l'armer d'un crampon et qu'elle peut servir indifféremment pour le caoutchouc et pour le métal. Dans ce dernier cas on n'aura qu'à raser les crampons.

J'ai fait ressortir un des avantages de cette conception, qui n'est pas la plus mince assurément.

Vous savez tous les ennuis que nous avons avec les articulations basses. Ces inconvénients disparaissent complètement avec notre conception. Vous pouvez user la dent autant que vous voulez et vous n'avez pas à compter avec le crampon de platine.

Le président. — C'est là un avantage évident.

M. Richard-Chauvin. — Avec les métaux dont nous disposons depuis quelque temps, à la suite des progrès qui se font dans la métallurgie, nous pouvons très bien ancrer dans la porcelaine des métaux relativement bon marché, qui, avec l'addition qu'on y fait du platine, nous reviendront à 200 francs environ le kilog, peut-être moins, au lieu de 4.000 francs et peut-être d'ici peu 4.500 à 5.000 francs.

Quant aux préoccupations de M. Delair au point de vue des moules, il a parfaitement raison de dire qu'un moule revient à 120 francs. Je ne parle pas du premier moule que je n'ai pas réalisé encore, et pour celui-ci ce n'était pas ce prix-là qu'on me demandait. J'ai fait faire un gabarit de ce moule et je l'ai abandonné ensuite. J'ai fait des dents avec un moule qui m'a été donné. Elles ne sont pas supérieures comme forme, ou même peut-être égales à celles que nous avons faites avec nos mauvais moules qui ont été pour ainsi dire fabriqués à la main. Les moules établis par certaines quantités peuvent être conçus

d'une façon un peu différente de celle dont ils ont été conçus autrefois. J'ai toujours connu, MM. Delair et Baudet ont connu comme moi, le moule qui consistait à réunir six dents pour un seul moule. Or les moules commandés en quantités suffisantes, assez considérables, reviendraient à 120 francs en acier, c'est-à-dire avec le minimum d'usure. Eh bien j'ai un peu détruit cette conception et je me suis adressé à un sculpteur-fondeur et lui ai demandé dans quelles conditions il pourrait m'établir des moules. Le premier, m'a-t-il dit, n'en parlez pas, vous ne savez pas où cela vous mènera, mais les autres moules pourront être établis pour une moyenne de 200 francs environ, ce prix pourra même descendre jusqu'à 150 francs.

Je lui ai indiqué la réunion dans ce moule de quatre bouches. Or prenez si vous voulez le prix de 200 francs, cela nous descend tout de suite le prix de revient du moule de bouche à 50 francs. Et pour ceci je peux passer le marché quand je le voudrai, la chose est faite et j'ai encore cet avantage que dans le cours de la fabrication des moules le prix de revient d'un moule peut descendre à 150 francs.

Je crois répondre ainsi à la préoccupation de M. Delair. Ceci n'est pas d'ordre scientifique et ce n'est évidemment pas l'endroit de discuter de ces choses, mais elles ont néanmoins leur intérêt.

J'ajouterai, revenant à la question scientifique, que nous allons nous occuper d'établir nos modèles de dents. Comme le disait très bien M. Delair tout à l'heure, en indiquant que nous avons en France assez d'artistes de goût pour pouvoir nous faire des moules satisfaisants, la tâche nous sera aisée. Nous allons nous adresser aux dentistes eux-mêmes. Je constate que cela ne nous est pas difficile, car nous avons ici des prothésistes distingués. J'en connais beaucoup ici à commencer par M. Delair, M. Baudet, M. Villain, qui sont des prothésistes de tout premier ordre et qui certainement, étant donné que l'on aurait affaire à une fabrication faite par les dentistes pour ainsi dire, se mettraient certainement à contribution eux-mêmes pour nous donner des formes de dents qui seraient à leur convenance, pour nous déterminer des formes de dents qu'il nous serait tout aussi facile de réaliser que les formes actuelles.

Vous voyez que la question moules peut être résolue facilement. Il n'y a rien d'étonnant pour nous à ce qu'actuellement cette question soit résolue dans un sens plus favorable qu'elle ne l'était autrefois, les prix de revient ayant quelque peu baissé.

Cette idée que j'ai eue de réunir dans un même moule quatre bouches m'a fait réaliser une économie sensible sur le prix de revient. Cela était indifférent au praticien qu'il y en ait deux, quatre, six, ou davantage. J'aurais pu, pour le même prix, lui demander six ou dix bouches, cela n'augmentait aucunement son prix, mais alors cela aurait présenté l'inconvénient de nous donner des choses énormes.

Il m'a dit que le mouillage des pâtes se faisait un peu à la bonne franquette, les pâtes étaient plus ou moins mouillées et par conséquent les rétractions, les diminutions, les refoulements étaient considérables. Or ce praticien m'a affirmé qu'on pouvait fabriquer les dents avec une pâte pénétrant dans tous les ancrages conçus et réalisés avec une pâte à peine humide, et cela par la pression et qu'il se chargeait de me donner pour mes moules une pression de 50 kilogs et même une pression supérieure si je le voulais. Vous voyez que dans ces conditions-là l'union intime du corps métallique et de la pâte serait encore mieux réalisée qu'avec le mouillage que vous connaissez tous, avec le mouillage illimité, pourrais-je dire.

J'aurai donc avec des moules ne dépassant pas un prix de revient — et même allant au-dessous d'un prix de revient de 50 francs pour six dents, — j'aurai une pression de 50 kilogs, qui pourrait être poussée même jusqu'à 100 kilogs.

Voilà, je pense, un renseignement qui vous intéressera.

Je me suis occupé de la question d'une façon très complète, vous le voyez, et je crois l'avoir élucidée entièrement.

Je n'ai été arrêté que par la construction du premier moule. Après les dépenses très considérables que j'ai faites, je me suis trouvé arrêté par la construction de ce fameux moule, parce que mon spécialiste ne pouvait pas me dire ou cela m'entraînerait. C'est jusqu'ici la seule chose qui m'a arrêté. Mais il faut ne pas oublier que le prix de revient de ce premier moule réparti sur deux, trois ou quatre cents moules, ferait, d'après les affirmations de la même personne, que le prix de ces moules ne serait pas plus élevé que je ne vous l'ai dit.

M. Philippoteau. — Je demanderai à M. Richard-Chauvin s'il ne pense pas que les métaux autres que le platine peuvent dégager des oxydes lorsqu'on emploiera les dents pour les pièces en caoutchouc, à leur vulcanisation.

M. Richard-Chauvin. — Nous avons essayé nos dents ainsi, cela ne produit absolument rien.

Nous avons même soudé ces métaux directement et ils n'ont pas changé de nature ou de couleur.

M. Marie. — Il m'est arrivé à maintes reprises de me servir de certaines dents d'un prix peu élevé pour du caoutchouc et j'ai constaté que les crampons devenaient mous au contact du caoutchouc. Après la cuisson la dent se séparait complètement du caoutchouc.

Toutes les personnes qui ont essayé cela ont fait les mêmes remarques.

M. Richard-Chauvin. — C'est justement l'objection contraire que je pourrais faire moi-même à mon travail. Je pourrais dire que pendant la cuisson les métaux que nous employons s'écrouissent au lieu de devenir mous. Je disais tout à l'heure que cela nous était égal

puisque nos crampons n'avaient aucun lien avec la pâte et ne risquaient pas ainsi de la faire éclater.

S'il s'agit des métaux dont vous voulez parler, cela ne fait pas l'ombre d'un doute. Au contraire, nos métaux s'écrouissent. Un autre fait qui a bien sa valeur est le suivant. Je vous ai rappelé tout à l'heure que nous avions toutes sortes d'accidents, entr'autres la rupture du crampon lui-même avec les dents que nous employions, également le détachement de la dent du crampon, sans fracture, et la rupture du crampon au ras de la porcelaine. Ceci indique que le diamètre du crampon est insuffisant. Vous comprenez fort bien qu'avec la conception que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, nous ne sommes pas arrêtés par le diamètre du crampon. Nous pouvons mettre le diamètre qui nous plaît : nous sommes sûrs de ne pas avoir la rupture du crampon dans le métal. Dans le caoutchouc nous ne sommes pas arrêtés.

M. Schuller. — Voyez-vous un inconvénient à faire, au lieu de deux crampons séparés, des crampons dont les deux extrémités seraient réunies. Les crampons en forme de V ou d'U seraient beaucoup plus solides. Il m'est arrivé pour ma part de souder assez fréquemment l'extrémité des crampons des dents que j'employais pour éviter qu'ils ne cèdent. J'ai alors soudé des petites barrettes pour réunir les deux extrémités de ces crampons.

M. Richard-Chauvin. — Parfaitement, c'est très facile à réaliser. Remarquez qu'avec nos moyens d'attache nous pouvons réaliser tout ce que le dentiste nous demandera. A ces différents points de vue c'est très facile.

M. le président. — Avant de lever la séance, j'adresse mes remerciements à M. Richard-Chauvin. J'ajouterai mes doléances à celles présentées tout à l'heure par M. Frey pour bien démontrer combien cette séance a plus fait pour la réforme de la fabrication des dents minérales que toutes les commissions que nous avons nommées. Il serait désirable que la chose n'en restât pas là. Il y a intérêt pour tous les dentistes à revoir et travailler cette question avec vous.

Il y a lieu dans l'intérêt de tous de prendre en considération les desiderata présentés par MM. Baudet et Delair et de réaliser la solidarité des dentistes français à propos de cette question. Je n'ai pas besoin de m'étendre sur les avantages que présente l'invention, car il y a invention en l'espèce.

Il serait donc intéressant que nous revenions sur la question : j'espère que cette conférence de ce soir sera un commencement du travail et que M. Richard-Chauvin de son côté voudra bien lors d'une séance de démonstrations pratiques renouveler la série de ces expériences.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

LA SURENCHÈRE EN ASEPSIE [1]

Dentistes gantés.

Il n'est guère de théorie philosophique, scientifique ou artistique qui échappe à la destinée de se voir généralisée, amplifiée, déformée par le zèle de sectateurs dont la ferveur obscurcit le but proposé par celui qui a, le premier, prêché la vraie doctrine. Malheureusement l'outrance détermine toujours la réaction : dans le seul domaine médical, que d'exemples de théories exactes, de médications rationnelles tombées dans un oubli parfois injuste, victimes du discrédit, conséquence obligée de la surenchère.

Ce n'est pas le hasard qui nous suggère ces réflexions, que d'aucuns pourront traiter de lieux communs, — mais les lieux communs sont-ils autre chose que l'expression de vérités éternelles ? — ce n'est pas le hasard, c'est la constatation, souvent renouvelée, de la tendance à l'exagération dans la recherche de l'asepsie, de la quintessence de laquelle nous n'avons cependant que faire.

1. Cet article était composé, quand notre rédacteur en chef a reçu, de M. Filderman, une lettre qu'on lira plus loin, et qui est un plaidoyer en faveur des gants de caoutchouc dans la pratique dentaire, avec une argumentation tirée de l'exercice de la pratique chirurgicale. Cet aspect de la question n'est pas celui que nous envisageons. Quand il dit que Terrier a préconisé le doigtier de caoutchouc pour le toucher rectal, M. Filderman ne nous convainc nullement de la nécessité de mettre des gants pour soigner les dents, et cela, malgré la parenté et le voisinage qu'il découvre entre le rectum et la bouche. Quelle que soit l'opinion théorique des chirurgiens cités par M. Filderman, il faut considérer ce qu'ils font dans la pratique : or les défenseurs des gants s'en servent pour opérer dans un milieu aseptique ; dans un milieu septique, tel que la bouche, ils les ôtent, pour les remettre par excès de prudence quand ils sont dans un milieu par trop virulent (autopsie, etc...). C'est affaire de mesure, de proportion, de *tact*. Pour nous, c'est au nom du principe *du juste milieu* que nous nous refusons à admettre même la possibilité d'exercer notre art avec les mains gantées. — H. D.

Certes, nous ne croyons pas que jamais l'asepsie puisse être destituée de la position élevée d'où elle domine toute la chirurgie moderne ; on voudra bien nous dispenser d'affirmer notre foi dans la nécessité d'une stricte propreté de notre arsenal professionnel : la dentisterie a évolué, et actuellement, le « pansement sale » n'existe pas plus chez les dentistes que chez les chirurgiens. C'est contre la surenchère *seule que nous prétendons nous élever.*

*On a pu, avec plus ou moins de bonheur, comparer la cavité dentaire, — la plaie dentaire, si l'on veut, — à la plaie chirurgicale, et pousser la comparaison à ses limites extrêmes ; mais d'une simple analogie faire découler tout un système, c'est risquer de donner dans la superfétation, et d'encombrer d'*impedimenta *notre pratique journalière.*

La plus récente manifestation de cette fâcheuse tendance a eu lieu à l'une de nos dernières réunions professionnelles, où il nous a été donné d'entendre un de nos confrères faire une critique inattendue de la façon dont les dentistes — ou tous praticiens de la bouche — appliquent les règles de l'asepsie ou même de la simple propreté : il paraîtrait, notamment, que le savonnage de nos mains est insuffisant à leur donner la propreté, facteur essentiel dans la réussite des diverses opérations de dentisterie, et sauvegarde de nos malades ; le brossage, même pratiqué durant une demi-heure, y serait également impuissant : malgré ce brossage à répétition, le sang de Duncan souille toujours les mains de Macbeth, et les nôtres restent chirurgicalement sales, encore sales, et toujours sales.

En écoutant notre confrère, nous ne nous sentions qu'à demi rassuré sur ses futures conclusions ; car nous pensions à un dessin du maître humoriste Abel Faivre, représentant une bonne grosse nounou, occupée, par excès de zèle, à immerger ses seins dans l'eau bouillante d'une casserole, tandis que, levant

vers le ciel des yeux de martyre résignée, elle soupire : « Oh! ces enfants!... avec leur lait bouilli! », et nous frémissions en songeant à nos mains, qu'il nous faudrait peut-être soumettre aussi à l'ébullition...

Heureusement notre confrère ne se montra pas d'une exigence si cruelle, et se contenta de proclamer la nécessité de porter, durant nos opérations, des gants de caoutchouc.

Dès lors, rassérénée, notre pensée évoqua le si regretté professeur Terrier, dont nous nous honorons d'avoir été l'élève. Nous nous souvenions que Félix Terrier fut le premier à s'élever contre l'outrance antiseptique, et qu'il fut, en somme, le créateur de la méthode aseptique. Or nous ne l'avons jamais vu se servir de gants de caoutchouc; il ne chronométrait pas non plus le lavage de ses mains ; il se contentait, avant d'opérer, de les brosser méticuleusement et de les baigner dans un antiseptique ; cela ne lui prenait pas une demi-heure! Puis, avec ces mains, à l'asepsie desquelles notre confrère aurait certainement trouvé à reprendre, il pouvait manier péritoine, foie, plèvre, voire péricarde... pour le plus grand bien de ses malades, qui ne suppuraient pas.

Après de tels exemples, allez donc vous ganter de caoutchouc, simplement pour cathétériser un canal d'incisive, ou faire sauter du tartre! Est-il donc si malaisé de garder le juste milieu, de proportionner l'effort à la tâche, d'appliquer enfin dans les questions d'ordre scientifique les lois de l'harmonie, qui sont bien des lois générales ?

Ne perdons pas de vue que nous opérons dans une région pleine de fortifications naturelles contre l'infection; laissons son pavé à l'ours, ne nous bardons pas, ne nous armons pas en guerre pour la chasse au microbe, qui peut et doit se faire à petit bruit : gardons-nous de mériter qu'on nous appelle les Tartarins de l'asepsie.

«... Et pourtant, que n'avons-nous pas fait pour la

propreté? nous disait un confrère en sortant de la réunion en question. Hé quoi! en son nom j'ai bouleversé ma maison; j'ai arrondi tous les angles de mon cabinet: plus de nids à poussière! à la clarté, plus de barrière: j'ai jeté bas rideaux diaphanes et lourdes tentures. J'ai fait revêtir les murs d'un stuc marmoréen; les raies du parquet se dissimulent sous un épais linoléum, tandis que, modeste, le velours du fauteuil a fait place à un cuir qui se lave; dans le crachoir, un torrent se précipite sans cesse en tourbillons bruyants; le lavabo, que surmontent des tonnelets ventrus à contenu multicolore, débite une eau stérile, dont la tiédeur en hiver, la fraîcheur en été, sollicitent l'approche de mes mains. Dans un coin scintille le nickel d'un bouilleur qui se mire dans une glace opaline; dans un autre se voit le reflet cuivré d'un autoclave. Le Japon m'envoie ses plus soyeux papiers, pour que s'y pose mollement l'odorante chevelure de mes patientes. Je me ruine en vestons de piqué, qui, s'ils n'ont rien d'esthétique, ont au moins, quoi qu'on en ait dit, le mérite d'être pratiques, surtout durant la canicule.

» Et voilà que tout cela ne suffit pas pour faire proprement une bonne obturation! la nudité de nos mains est funeste à nos malades! Si c'était vrai, comme dit l'autre, cela se saurait, depuis le temps! Que cherchera-t-on encore? Ne va-t-on pas, par rage d'assimiler servilement la dentisterie à la chirurgie, et sous le prétexte que le chirurgien opérant une hystérectomie vaginale rase le pubis de sa malade, ne va-t-on pas imaginer de faire sacrifier à nos patients barbe et moustache avant d'extirper une pulpe, ou de fouler de l'or dans une cavité?

» — Soyez sûr, répondîmes-nous, que si jamais il se trouve un dentiste pour établir un tel système, il se trouvera un public pour y souscrire..., et aussi des confrères pour l'adopter. »

HENRI DREYFUS.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

A la dernière séance de la Société d'Odontologie de Paris, vous avez pris la parole pour combattre mes arguments tendant à faire adopter les gants en caoutchouc pour toutes les opérations buccales. L'ordre du jour étant chargé, le président de la Société ne m'a pas accordé la parole pour vous répondre. Vous plairait-il de me l'accorder dans votre journal ? Dans ce cas je vous prierais d'insérer cette lettre dans le prochain numéro, en la faisant précéder des paroles que vous avez prononcées. Je tiens surtout à vous prouver que celle de mes affirmations que vous avez taxée d'exagération, à savoir qu'après une demi-heure de lavage des mains, on pouvait encore obtenir des cultures positives, était non seulement une vérité, mais une banalité. J'irai même plus loin et je vous apporterai les témoignages autorisés de grands chirurgiens, de grands bactériologues français et étrangers qui prétendent, et le prouvent, qu'il est radicalement impossible de stériliser les mains, quel que soit le temps qu'on y mette. Pour ne pas allonger outre mesure cette lettre, je me contenterai de vous citer les noms de quelques-uns seulement de ces auteurs : Fürbringer, Mikulicz, Gottstein, Sarvez de Tubingue, etc.

Mais ce n'est pas chez ces auteurs, défenseurs à tout prix du gant, que je chercherai secours contre vous, mon cher confrère, c'est dans les dires des adversaires des gants en chirurgie générale, que je prétends trouver les arguments les plus frappants en faveur de l'emploi des gants dans la chirurgie dentaire. Remettons d'abord les choses au point. Je ne prétends pas qu'en traitant une carie, vous risquez de donner la septicémie à vos malades si vous ne mettez pas de gants imperméables. Vous ne prétendez pas non plus que dans la bouche toute colonie de microbes jetée, quelle que soit sa virulence, est immédiatement détruite grâce aux « propriétés bactéricides de la salive, ou à ses propriétés chimiotactiques ».

Nos deux opinions se trouvent entre ces deux extrêmes ? A quelle distance ? Je vais essayer de l'établir.

Et tout d'abord éliminons les points sur lesquels nous sommes d'accord.

Vous pensez comme moi, comme tout le monde :

1° Que la puissance bactéricide de la salive est limitée ;

2° Que certaines maladies microbiennes (coqueluche, grippe, oreillons, broncho-pneumonie, pneumonie, rougeole, scarlatine, diphtérie, adénopathies, otites, érysipèle, noma, muguet, syphilis,

tuberculose, je cite, remarquez-le, d'après les traités classiques), peuvent pénétrer par la bouche :

3° Vous reconnaissez encore, je pense, avec les classiques, que les individus atteints par ces maladies en conservent les germes dans la bouche des semaines et des mois ;

4° Enfin vous admettrez bien qu'en donnant des soins à un ou plusieurs de ces derniers malades porteurs de germes pathogènes, vous pouvez en attraper sur vos doigts.

Il ne me restera plus pour vous amener à adopter les gants qu'à vous prouver que le lavage tel qu'on peut le pratiquer dans les cabinets dentaires est insuffisant pour débarrasser les mains des souillures ainsi récoltées.

C'est le seul point sur lequel nous soyons, il me semble en désaccord ; s'il y en a d'autres, vous voudrez bien me les indiquer.

Or, voyons ce que disent sur ce point, non pas les défenseurs, mais les adversaires du gant. Dans la discussion soulevée en 1900 à la Société de chirurgie par Quénu, Terrier a affirmé qu'il ne croyait pas qu'il soit possible de se désinfecter les mains séance tenante après une opération dans une région septique. « Pour mon compte, dit-il, je ne voudrais pas être opéré par un chirurgien qui la veille ou *a fortiori* le jour même de l'opération aurait contaminé ses mains. » Il s'élève contre ceux qui font le toucher rectal sans gants. Or, pour ce qui concerne le degré de septicité, il n'y a pas loin du rectum à la bouche.

Et alors je vous citerai pour mémoire seulement la phrase de Tuffier : « Si vous voulez avoir les mains propres, commencez par ne pas les salir » ; et encore : « *Je considère un chirurgien qui fait le » toucher rectal sans protection digitale, non seulement comme un » chirurgien septique, mais comme un homme sale.* »

Bazy, un des adversaires les plus décidés de Quénu, pense qu'on peut obtenir par des lavages une asepsie pratiquement suffisante ; mais quels lavages ! Savonnage, brossage, de dix minutes au moins, permanganate, bisulfite, nouveau brossage, alcool pur et sublimé. *Rochard,* tout en s'élevant contre les exagérations de Quénu, adopte le gant pour les opérations septiques. Il pense néanmoins qu'il faut se laver longuement avant d'arriver à une asepsie relative, même lorsque les mains n'ont pas fréquenté des milieux septiques.

Routier, autre adversaire des gants, exige un brossage énergique et prolongé, savonnage, éther, permanganate, bisulfite, alcool absolu, liqueur de van Swieten.

Est-ce que cela est possible dans les cabinets dentaires où on fait par jour vingt opérations septiques ?

Ne revenez pas, je vous prie, avec l'argument réfuté plus haut : « Nous ne faisons pas de laparatomies. »

Tant que vous n'avez pas formellement déclaré que vous êtes en

désaccord avec moi sur l'un des quatre points indiqués plus haut, cet argument ne peut pas porter.

Il faut, en effet, pour insister tellement sur la différence qu'il y a entre les opérations buccales et les autres, prouver que la puissance bactéricide de la salive est illimitée, ou qu'il n'existe pas de maladies pénétrant dans l'organisme par la voie buccale, ou bien que dans les cabinets dentaires on ne rencontre pas de malades porteurs de germes pathogènes. Tant qu'on n'aura pas fait la démonstration évidente de l'un de ces points, je le répète, on n'a pas le droit de déposer dans les cavités des malades, dans la cavité buccale aussi bien que dans toute autre cavité, les bactéries cueillies un peu partout.

Revenons à la société de chirurgie ; mais il faut que j'abrège ; je ne citerai même pas les noms des partisans des gants ; et parmi les adversaires, je rappellerai seulement *Poirier* qui dit que le principal est de ne pas se salir, *Reynier* qui, tout en raillant Quénu, conseille les gants dans les opérations septiques et reconnaît qu'il lui a été impossible « d'arriver à la désinfection absolue des mains même après » sept lavages à l'eau savonneuse prolongés pendant cinq minutes » chaque fois. Le passage à l'alcool absolu n'a pas suffi ».

Delbet est le seul chirurgien qui soit arrivé à l'asepsie absolue des mains, mais naturellement par des moyens impossibles dans un cabinet dentaire.

Pour terminer, je citerai les admirables paroles de *Delbet,* qui est certainement celui qui a apporté les arguments les plus solides contre le thèse de Quénu. Eh bien, voici ce que dit Delbet au sujet de votre argument des laparatomies, que je vous prie de m'excuser si je l'appelle, plus justement d'ailleurs, l'argument de l'asepsie au rabais : « L'asepsie est ou n'est pas. Tant qu'on ne l'a pas atteinte il faut » s'efforcer d'y arriver sans chercher à décorer d'épithètes consolatrices les états imparfaits qu'on trouve en chemin. »

Dr Filderman.

M. Filderman, médecin non dentiste, a un peu trop de tendance à confondre l'ouverture de la bouche et l'ouverture du péritoine et j'aurais bien des choses à dire au sujet de cette lettre à laquelle il serait facile de répondre ne serait-ce qu'en citant, par exemple, l'innombrable armée des chirurgiens opérant sans gant et faisant d'innombrables opérations aseptiques

dans les régions les plus dangereuses au point de vue de l'infection ; en citant l'exemple des laryngologistes, des oculistes qui, tout aussi soucieux que peut l'être M. Filderman de la propreté opératoire, n'ont jamais songé et pour cause à opérer gantés ; etc., etc.

Mais, en même temps que je recevais la lettre de M. Filderman, mon excellent collaborateur M. Dreyfus m'apportait l'article qu'on a pu lire plus haut sur La surenchère en asepsie. *Cette spirituelle critique des idées spéculatives de mon correspondant me semble suffir amplement,* Castigat ridendo mores.

MAURICE ROY.

Nantes, 6 juillet 1908.

A monsieur Godon, président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Cher maître,

J'ai l'intention de me livrer à une petite étude sur les groupements dentaires en France. Connaissant votre haute compétence sur ce sujet, je serais heureux si vous vouliez bien me donner quelques conseils pour l'orientation de ce petit travail.

Les groupements professionnels sont devenus très nombreux ; tous travaillent en général consciencieusement, que ce soit au point de vue scientifique, ou au point de vue des intérêts professionnels. Les uns sont formés par les médecins-dentistes exclusivement (les Stomatologistes), les autres par tous les praticiens de l'Art dentaire (les Odontologistes).

Les Stomatologistes forment un tout bien homogène (peut-être parce qu'ils ne sont encore qu'un petit nombre) au point de vue scientifique comme au point de vue professionnel. Ils ont une seule société stomatologique, et un seul syndicat de médecins-dentistes qui constituent une très grande force. C'est cette force qu'ils opposent aux Odontologistes et sur laquelle ils comptent pour *être demain les seuls titulaires de l'Art dentaire.*

Les Odontologistes forment une famille bien plus nombreuse, puisqu'elle comprend tous les dentistes sans distinction d'origine. Eux aussi ont foi dans l'avenir. Malheureusement il y a chez eux, en plus du manque de cohésion, des luttes intestines qui les divisent encore. Ils ont environ vingt-cinq à trente groupements dentaires ; cinq ou six, par leurs titres et leurs aspirations, veulent ou croient représenter tous les dentistes de France, les autres sont régionaux ou bien ont un but particulier.

Le résultat de toutes ces divisions n'est peut-être pas des plus heureux. C'est ainsi qu'à l'heure actuelle nous sommes dotés de deux Congrès qui discutent tous deux les questions scientifiques et les intérêts professionnels. Des groupements différents, toujours au nom des dentistes de France, viennent *concurremment* de demander aux pouvoirs publics des réformes analogues dans l'Enseignement dentaire. Le résultat n'aurait-il pas été meilleur si les groupements dentaires avaient agi d'un commun accord ? Cette concurrence des groupements a fait naître de fâcheuses polémiques. Les critiques ont vite dégénéré en attaques personnelles, quelquefois du plus mauvais goût.

Etant Odontologiste de cœur et de titre, je viens vous demander si vous ne croyez pas, comme moi, que cet état de chose est malheu-

reux — et s'il n'y aurait pas moyen d'enrayer ces luttes intestines, pour pouvoir travailler tous en commun, pour le plus grand bien de l'Odontologie.

On réclame une nouvelle orientation professionnelle ? Pourquoi ne pas tendre d'abord à une nouvelle orientation des groupes professionnels ? Le reste se ferait sans heurt et bien plus rapidement.

Pour l'instant chaque groupement ne pourrait-il pas avoir son autonomie bien marquée, tout en marchant de pair avec les autres groupements ? Sans rien supprimer, tout en respectant les œuvres de ceux qui ont donné leur science et leur énergie, ne pourrait-on pas concilier les choses ?

Pour les Congrès dentaires nationaux, par exemple, puisqu'il y en a deux, ne pourrait-on pas réserver l'un à la partie scientifique, et l'autre aux intérêts professionnels ? Pour les Sociétés, Associations, Syndicats dentaires, ne pourrait-on pas faire de même ?

En France pourquoi chaque région n'aurait-elle pas sa Société Odontologique et son Syndicat ? La France pourrait se diviser en régions : Paris, le Nord, l'Est, l'Ouest, le Centre, Sud-Est et Sud-Ouest. Puis une seule Société Odontologique de France et un seul Syndicat des dentistes de France. Puis, en dehors de cela, les groupements d'Ecoles, les associations à but particulier, cercles, mutuelles, sociétés de retraite, etc., etc.

Plusieurs de ces groupements existent déjà, mais d'autres sont plus que dédoublés, et vont à l'encontre les uns des autres. Par cela même, il y a manque de cohésion chez les Odontologistes, donc manque de force.

Les moyens de rétablir l'union et le groupement des forces sont peut-être assez difficiles à trouver. Cependant ne pourrait-on pas arriver à cela en établissant un *Conseil arbitral*. C'est surtout sur ce point que je serais heureux d'avoir votre avis.

Pourquoi tous les groupes odontologiques de France (Association générale des dentistes de France, Société des dentistes de France, Société Odontologique de France, Syndicats des chirurgiens-dentistes de France, Société d'Odontologie de Paris, Ecole dentaire de Paris, Ecole Odontotechnique, Sociétés et Syndicats de Régions, etc., etc.) ne nommeraient-ils pas *un ou plusieurs délégués selon l'importance numérique du groupement ? L'ensemble de ces délégués formerait le Conseil arbitral de l'Odontologie.*

Même si ce *Conseil arbitral de l'Odontologie* peut arriver à recevoir la participation de tous les groupes dentaires de France, pourquoi.... ne serait-il pas avec quelques transformations changé en *Conseil supérieur de l'Odontologie ?* Ne serait-il pas alors la *quintessence de toutes les Sociétés dentaires de France ?*

Chaque société a son autonomie complète et un trait d'union avec

tous les autres groupements, par le *Conseil arbitral ou supérieur* de l'Odontologie. Le rôle de ce conseil serait, à mon avis, des plus utiles. Tant que les différents groupements dentaires n'auront pas de points de contact, l'Union est impossible. Tous les différends professionnels entre individus ou groupements pourraient être juges en dernier ressort par le Conseil. (Ce serait le Conseil de l'Ordre de la profession). Les polémiques venimeuses pourraient être ainsi enrayées. Le Conseil pourrait *proposer* la fusion ou la division des groupements s'il le jugeait nécessaire pour le bien de la profession.

Le Conseil pourrait confirmer l'autorité des groupes. Le Conseil pourrait empêcher les empiètements d'attributions des sociétés les unes sur les autres. Le Conseil pourrait demander que les associations scientifiques gardent ce rôle, et que les syndicats renoncent à la partie scientifique pour se réserver la partie des intérêts professionnels. Le Conseil pourrait représenter près des pouvoirs publics ou autres tous les groupements dentaires de France, ce qu'à l'heure actuelle aucune Société dentaire ne peut faire. Il serait à l'Art dentaire ce qu'est par exemple à la Mutualité son fameux Conseil supérieur. Je crois que dans cet ordre d'idée on pourrait faire quelque chose.

Il y a un autre moyen plus simple que je vous soumets, et qui pourrait, lui aussi, ramener l'Union dont nous avons tant besoin.

Pourquoi tous les groupements dentaires ne se rallieraient-ils pas à la Fédération dentaire nationale ?

La F. D. N. vient de quitter la rue de La Tour-d'Auvergne pour établir son siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes. Cette mesure marque une liberté d'action qui demande à être encouragée.

La F. D. N. vient de s'affranchir de la tutelle du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris. Si elle ne veut plus appartenir à un seul groupe, c'est peut-être qu'elle veut représenter tous les groupes de France comme son nom l'indique ?

Si la Fédération est libre de toute attache elle pourrait peut-être remplir le rôle que je demandais à un Conseil arbitral ou supérieur de *l'Odontologie*. Elle pourrait même établir le recrutement de sa direction dans tous les groupes dentaires de France selon le mode que je préconisais, et ainsi elle serait de fait une Fédération dentaire nationale. Que l'on adopte ce moyen ou un autre, je crois qu'il est urgent que nous fassions bloc si nous ne voulons pas assister à la fin de *l'Odontologie*.

Ce ne sont peut-être là que des utopies d'un jeune qui manque d'expérience. Mais si ces idées pouvaient avoir du bon, à condition d'être mises au point, je serais heureux d'avoir votre avis ou quelques conditions à ce sujet.

Je vous prie d'agréer cher Maître, l'assurance de ma respectueuse sympathie et de mes sentiments dévoués.

P. Barré,
Chirurgien-dentiste.

P.-S. — Je me permets d'adresser une lettre analogue aux huit ou dix principaux chefs de nos groupements dentaires de France pour savoir si je dois aborder ce sujet au Congrès d'Angers et sous quelle forme je dois le traiter.

Le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris a répondu à M. Barré pour le féliciter des idées qu'il expose et pour approuver sa proposition que les sociétés dentaires et la profession s'appuient, pour réaliser l'union et pour les représenter, sur la F. D. N., qui paraît de plus en plus appelée à constituer le véritable organisme représentatif du corps dentaire en France.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE CLERMONT-FERRAND

Nous rappelons à nos confrères que le Congrès de Clermont-Ferrand, organisé par l'A. F. A. S., aura lieu du 3 au 9 août prochain. Nous espérons qu'ils tiendront à l'honneur de lui donner le même éclat qu'aux Congrès précédents. Nous les prions de se reporter aux communications que nous avons déjà publiées touchant cette réunion dans nos n^{os} des 15 mai, 15 et 30 juin.

Nous donnons ci-après une 2e liste des contributions annoncées.

A. Barden. — L'angine d'origine dentaire.

Dr *L. Jacquet.* — Les répercussions cutanées d'origine dentaire.

G. Grimaud. — Guérison d'une polyarthrite alvéolo-dentaire au cours d'une intervention orthodontique.

L. Dauzier. — 1° Inconvénients de l'emploi de l'eau oxygénée au point de vue de l'esthétique faciale.

2° De l'acide salycilique en art dentaire.

Dr *A. Ducournau.* — Application de la prothèse à la réduction des fissures congénitales du maxillaire supérieur.

H.-Em. Cramer. — Névralgie oculaire d'origine dentaire.

J. Vichot. — De l'utilité de la radiographie en orthodontie.

Dr *Maurice Roy.* — Eruption tardive d'une prémolaire inférieure avec kyste coronaire.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

BUREAU DU CONSEIL EXÉCUTIF

Mon cher collègue,

Nous vous adressons le programme définitif de la session que la F. D. I. tiendra à Bruxelles, les 6, 7, 8 et 9 août de cette année.

Nous avons réalisé le projet, que nous vous annoncions en avril dernier, de faire une conférence à Bruxelles sur la F. D. I. Nous avons eu la satisfaction de voir nos confrères de Belgique répondre nombreux à notre invitation et, résultat plus important, la Fédération Dentaire Belge fut fondée à la suite de cette réunion. Elle est en pleine activité maintenant et se prépare à recevoir dignement les confrères des autres pays.

Notre session s'annonce importante et intéressante.

Nous désirons surtout qu'elle soit la préparation immédiate du Congrès de Berlin. C'est pourquoi nous avons inscrit à l'ordre du jour de nos principales Commissions l'étude des questions les plus importantes à proposer à ce Congrès. Nous appelons tout spécialement votre attention sur ce point, et nous espérons que vous nous signalerez à Bruxelles dans chacun des domaines de notre art les deux ou trois questions vraiment d'actualité.

Faire en sorte que chaque Congrès marque une nouvelle étape dans la voie du progrès nous paraît être la principale raison d'être de la F. D. I. Nous savons assez votre dévouement pour être assuré que vous nous y aiderez.

Nous vous prions d'agréer, cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le vice-président, faisant fonctions de président,
Dr E. SAUVEZ.

PROGRAMME DE LA SESSION DE BRUXELLES
Les 6, 7, 8 *et* 9 *août* 1908.

Jeudi 6 août, à 8 h. 30 du soir.

Réception des membres de la F. D. I. par la Fédération Dentaire Belge, à la Taverne de la Régence, place Royale, 14 et 15, Bruxelles.

Vendredi 7 août, à 9 heures du matin.

A la Maison des Médecins, à Bruxelles.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE D'OUVERTURE

Allocution du vice-président ;
Discours des délégués.

PREMIÈRE SÉANCE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Rapport du secrétaire général ;
Rapport du trésorier et désignation des vérificateurs des comptes ;
Démissions. — Admissions.
Constitution de la Commission consultative internationale d'enseignement ;
Élection des membres de diverses Commissions ;
La F. D. I. et le Congrès de Budapesth ;
Rapports avec l'Association stomatologique internationale ;
Préparation du Congrès de Berlin. (*Cette question très importante sera amplement étudiée.*)
Élection du président de la F. D. I.

Vendredi 7 août, de 2 heures à 6 heures.

SÉANCES DES COMMISSIONS

I. — *Commission d'enseignement.*

Adoption définitive du programme minimum et du programme idéal des études dentaires ;

Questions d'actualité à proposer à l'étude du Congrès de Berlin, dans les sections suivantes :

a) Anatomie, physiologie et histologie dentaires ;
b) Pathologie spéciale ;
c) Dentisterie opératoire ;
d) Anesthésie générale et locale ;
e) Prothèse, orthopédie dentaire et restauration faciale ;
f) Enseignement de l'art dentaire ;

Démonstrations d'actualité à proposer aux organisateurs du Congrès de Berlin touchant :

a) La dentisterie opératoire ;
b) L'anesthésie ;
c) L'orthodontie ;
d) La prothèse ;

Dr Amoedo. — Rapport sur l'enseignement de l'art dentaire en Espagne, Portugal et Amérique Latine ;

L. Subirana. — Appareil pour l'enseignement didactique de l'orthodontie ;

Propositions diverses.

II. — *Commission d'hygiène et des services dentaires publics.*

Adoption de la brochure du professeur Miller;

Rapport sur le livre de M. Withaus: *Enregistrement régulier du traitement dentaire des enfants des écoles ;*

Questions d'actualité touchant l'hygiène et les services dentaires publics à proposer au Congrès de Berlin ;

Propositions diverses.

III. — *Commission de la Presse.*

Rapport sur les bulletins nationaux de la F. D. I. ;

Proposition de publier en Esperanto le résumé des travaux de la F. D. I. ;

Propositions diverses.

IV. — *Commission d'histoire de l'art dentaire.*

Subirana. — Tableau triptyque sur la découverte de l'anesthésie par Horace Wells ;

Questions à signaler à l'étude du Congrès de Berlin ;

Propositions diverses.

V. — *Commission des services dentaires dans l'armée et la marine.*

Klingelhöfer. — Rapport sur les mesures concernant l'hygiène dentaire prises dans les armées et la marine des divers pays.

Propositions à faire au Congrès de Berlin ;

Propositions diverses.

VI. — *Commission de jurisprudence dentaire et de déontologie.*

Rapport sur les meilleurs moyens de combattre l'exercice illégal de l'art dentaire ;

Rapport sur les pénalités prévues par quelques États ;

Questions à signaler au Congrès de Berlin ;

Propositions diverses.

VII. — *Commission de terminologie*

Rapport sur la terminologie dentaire ;

L. Subirana. — Rapport sur la terminologie et la nomenclature dentaires ;

Huet. — Méthode de classification décimale appliquée à l'Odontologie et à la Stomatologie ;

Propositions diverses.

VIII. — *Commission consultative internationale d'enseignement.*

Rapport sur la proposition de M. Guillermin sur le doctorat en chirurgie dentaire ;

Propositions diverses.

IX. — *Comité de la fondation Miller.*

Rapport du Dr Röse, président, et propositions du Comité.

Vendredi 7 août, à 8 h. 30 du soir.

Réunion au Vaux-Hall, rue Royale.— Concert.— Les dames seront les bienvenues.

Samedi 8 août, à 9 heures du matin.

DÉMONSTRATIONS ET PRÉSENTATIONS DIVERSES.

A la Policlinique libre, 26, rue des Eperonniers :

Opération de Brophy par le Dr Brophy, de Chicago.

A la Maison des Médecins :

A. Körbitz, de Berlin. — Quelques problèmes nouveaux de l'orthodontie ;

S. Totwen. — La réimplantation ;

Solbrig et Platschick. — Démonstrations d'appareils (bridges et appareils coulés).

Samedi 8 août, de 2 heures à 4 heures.

SÉANCES DES COMMISSIONS

Samedi 8 août, de 4 heures à 6 heures.

DEUXIÈME SÉANCE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Rapport des vérificateurs des comptes ;

Publication des comptes rendus des assemblées de la F. D. I. ;

Adoption du rapport du trésorier ;

Rapport des diverses Commissions et discussion de ces rapports ;

Propositions diverses.

Samedi 8 août, à 7 heures du soir.

Banquet de la F. D. I. à la Taverne Royale, rue d'Arenberg.

Dimanche 9 août.

Excursion à la forêt de Soignes ;

Déjeuner offert par la Fédération Dentaire Nationale de Belgique aux membres de la F. D. I.

Visite du parc de Tervueren et du Musée du Congo ;

A 5 heures, à Tervueren, thé offert par notre confrère M. Bôn, dentiste à Tervueren.

IVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

A QUÉBEC, 20-22 JUILLET 1908

Nous avons reçu à l'occasion de ce Congrès la lettre suivante :

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

Québec, le 27 mai 1908.

Monsieur et très honoré confrère,

A l'occasion des fêtes du troisième centenaire de la fondation de Québec par Samuel de Champlain, fêtes qui s'ouvriront à Québec le 20 juillet prochain, l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord tiendra pour la quatrième fois un Congrès général comprenant une section de chirurgie dentaire.

Déjà dans les Congrès antérieurs organisés par cette Association, plusieurs chirurgiens-dentistes français voulurent bien nous faire l'honneur d'accepter l'invitation que nous leur avions adressée de s'associer à nous. Nous venons aujourd'hui en toute confiance, monsieur et cher confrère, solliciter de vous le même honneur.

La science dentaire française jouit en Amérique aussi bien qu'en Europe d'un renom mérité. Elle ajouterait encore, semble-t-il, à cette gloire si ses représentants les plus autorisés venaient faire part aux dentistes franco-américains de ses théories nouvelles et de ses récents travaux.

De plus la présence au milieu de nous, cet été, de chirurgiens-dentistes français accentuerait singulièrement la signification historique des fêtes que l'on prépare et qui ont précisément pour but de commémorer l'un des événements les plus considérables où se soient révélées la force d'expansion, l'initiative puissante et la fécondité civilisatrice de notre race. Nos confrères d'outre-mer éprouveraient, nous en sommes sûrs, une joie patriotique bien vive à retrouver sur les bords du Saint-Laurent un peuple fier et robuste, parlant et chérissant leur langue, gardant soigneusement leurs traditions, conservant avec une fidélité jalouse et un indicible amour le souvenir de cette belle France d'où nos ancêtres, pionniers intrépides de la civilisation, sont sortis.

Permettez-nous donc, monsieur et très honoré confrère, d'espérer

que vous ferez à notre invitation un favorable accueil et veuillez agréer, avec l'expression de nos sentiments de respectueuse solidarité, l'hommage de notre parfaite considération.

Aimé Lantier,
Président de la section de chirurgie dentaire.

Philippe Hamel,
Secrétaire de la section de chirurgie dentaire.

Ce Congrès sera divisé en quatre sections :

1. Section médicale et annexes ;
2. Section chirurgicale et annexes ;
3. Section d'hygiène et d'intérêts professionnels ;
4. Section de chirurgie dentaire.

La section de chirurgie dentaire est composée de

MM. Edmond Casgrain, président honoraire.
Aimé Lantier, président.
Joseph Nolin, 1er vice-président.
Arthur Langlois, 2e vice-président.
Philippe Hamel, secrétaire.
L.-N. Lemieux, secrétaire correspondant.
Arthur Beauchamp, secrétaire-adjoint.

CONGRÈS D'ANGERS

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a reçu une invitation à participer au Congrès d'Angers organisé par la Société et Syndicat des dentistes de l'Ouest et qui aura lieu en 1908.

Le Conseil de direction a voté à ce sujet la résolution suivante dans sa séance du 16 juin :

« Le Conseil de direction estime qu'il n'y a pas lieu d'émietter les efforts de la profession dans des congrès multiples et qu'il est préférable de les réserver pour un Congrès annuel unique, de façon à former un gros noyau congressiste, et, à cet égard, le Congrès annuel de la section d'Odontologie de l'A. F. A. S., qui se tiendra cette année à Clermont-Ferrand, lui paraît suffisant. Le Conseil décide donc que la Société ne participera pas au Congrès d'Angers. »

L'Association générale des dentistes de France ayant reçu une invitation semblable, le bureau de l'Association, réuni le 4 juillet, a voté une résolution identique à celle qui précède.

BIBLIOGRAPHIE

Le concours de l'agrégation en médecine.

Par le Dr BÉRILLON.

Le Dr Bérillon a publié sous ce titre chez l'éditeur Maloine une brochure de 24 pages dans laquelle il démontre la nécessité du remplacement de ce concours par l'institution des privat-docenten.

Dans cette brochure l'auteur consacre les lignes suivantes à l'enseignement dentaire :

« On sait que dans ce pays les portes des Facultés sont grandes ouvertes pour qui veut et peut enseigner. Le diplôme de privat-docent confère ce droit, qui s'exerce dans les bâtiments des Universités mais l'Etat ne rétribue pas ces professeurs ; ce sont les étudiants eux-mêmes qui les rémunèrent.

» La Faculté de médecine n'a jamais pris la moindre part à l'enseignement de l'art dentaire. Le traitement des dents malades ne lui a pas paru compatible avec la solennité universitaire. En effet, on se représente difficilement un docte professeur s'escrimant, dans l'intervalle de deux séances du Conseil supérieur de l'Université, à extirper quelques molaires. Les grands dignitaires de la médecine n'ont jamais pu se défendre d'un légitime émoi à la pensée que la toque rouge à glands dorés pourrait être confondue avec le casque empanaché de Mangin. Aussi, deux Ecoles dentaires ont pu, sans trop éveiller la susceptibilité de la Faculté, organiser à Paris un enseignement technique remarquable, de beaucoup supérieur à celui qui se donne dans les amphithéâtres de l'Ecole de médecine. Les Ecoles dentaires feront bien de ne pas s'endormir dans une sécurité trompeuse. Un jour viendra où quelque agrégé, en mal de professorat, sollicitera la création d'une chaire de clinique odontologique. Déjà, à maintes reprises, l'enseignement officiel a dirigé vers l'art dentaire plusieurs de ses insidieux tentacules. Une première fois, la Chambre des députés a compris qu'on lui proposait de rééditer contre les Ecoles dentaires le fameux « *sic vos non vobis...* », de Virgile, tant de fois appliqué avec succès contre les pionniers de l'enseignement médical libre. Il se pourrait faire qu'une nouvelle tentative vînt les déposséder de l'enseignement qu'elles ont organisé au prix de tant d'efforts désintéressés.

» Il est même surprenant que dans les innombrables concours d'agrégation, offerts en pâture à la compétition des amateurs de leçons débitées à l'heure, on n'ait pas songé à intercaler l'agrégation d'odontologie. Il n'y a là qu'un simple oubli et il ne tardera probablement pas à être réparé. »

Voilà qui montre une fois de plus la nécessité de l'union dans la profession dentaire.

NOUVELLES

Association générale des Étudiants de Paris.

Reconnue d'utilité publique par décret du 25 juin 1891.

Section Dentaire.

Le banquet de la section a eu lieu à la brasserie Gruber sous la présidence de M. *Pierre Julien*, président de l'Association.

Les camarades vinrent en grand nombre affirmer par leur présence la cordialité des rapports qui les unissent, ainsi que la vitalité de la section.

Au dessert, *Julien* remercie particulièrement Gaudron de l'activité dont il a fait preuve pour la représentation de l'Odéon au bénéfice de la « Maison des Etudiants ».

Walch, président de la section dentaire, retrace les débuts modestes de la section et son évolution brillante. La section acquiert de jour en jour plus d'importance ; tous les journaux et revues de la profession sont reçus à l'Association ; les livres nouveaux y sont envoyés gratuitement par les auteurs. C'est la meilleure preuve que les membres ont su s'attirer la sympathie de leurs professeurs.

Ch. Gaudron, secrétaire de l'Association générale, remercie *Julien* d'avoir assisté au banquet, malgré le peu de loisir que lui laissaient les derniers préparatifs de l'organisation de *Socrate* à l'Odéon, montrant par là, une fois de plus, les liens étroits qui unissent tous les membres de l'Association. Puis il souhaite la bienvenue aux dames.

La soirée se termina pour les uns, à la foire aux pains d'épices, pour les autres, dans les cabarets de Montmartre.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Louis Assoignons avec Mlle Berthe Thiriar ; le mariage de M. Geo. Roussel, président de l'*American Dental club of Paris*, avec Mlle Estieu, fille du commissaire général de l'Exposition de Londres ; le mariage de Mlle Caillaud, D. E. D. P., chirurgien-dentiste, fille de notre confrère de l'Association, avec M. Debat, interne des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Distinction honorifique.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Ledoux, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé officier de l'Instruction publique à l'occasion de la distribution des prix du Laboratoire Bourbouze, institution dans laquelle il exerce les fonctions de directeur de la section de physique.

Nous lui adressons nos bien vives félicitations.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES
Réservées aux Membres du Groupement.

4me Liste.

N° 8. — Docteur en médecine sur le point d'être D. F. M. P. et D. E. D. P. cherche place d'opérateur dans une ville d'eaux pour les vacances.

N° 11. — Fils de dentiste, 21 ans, bon aurificateur, connaissant prothèse de cabinet et de laboratoire, bonnes références, demande remplacement pendant les vacances, de préférence en province.

N° 13. — Opérateur D. E. D. P. et F. M. P. demande place ou remplacement à faire pendant quelques mois, à Paris ou banlieue.

N° 16. — Jeune dentiste demande place d'opérateur assistant, pour la province, pendant trois mois. Prétentions modestes.

N° 18. — Jeune chirurgien-dentiste F. M. P., D. E. D. P., demande place opérateur à partir de juillet, pour Paris ou province.

N° 25. — Dame D. E. D. P. et F. M. P., exerçant depuis cinq ans, désire faire un remplacement comme opérateur pendant août dans ville d'eaux ou province.

N° 27. — Jeune dentiste demande place opérateur en province.

N° 33. — Très bon premier mécanicien F. M. P. demandé pour important cabinet de Paris. Bons appointements.

N° 44. — Fils de dentiste D. E. D. P. et F. M. P., désire faire un remplacement de vacances à Paris ou province.

N° 49. — Chirurgien-dentiste F. M. P., D. E. D. P., très bon opérateur, demande place à Paris pour octobre, après son service militaire.

N° 59. — Médecin-dentiste italien demande à faire un remplacement comme opérateur à Paris pendant les vacances.

N° 60. — Très bon mécanicien demande pour Paris ou province place de chef de laboratoire pour tous travaux.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuski.

28e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1908 Vol. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONDENSATEUR INTERMAXILLAIRE

Par L. Lemerle,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 2 juin 1908.)

Dans l'aurification nous devons considérer trois modes de condensation que nous dénommerons de la manière suivante :

1° La condensation manuelle, c'est-à-dire celle qui consiste à fouler l'or au moyen de la force musculaire ;

2° La condensation mécanique, c'est-à-dire celle obtenue par l'emploi de nos différents maillets mécaniques, ou directement par l'emploi du maillet de bois, d'ivoire ou de plomb ;

3° La condensation utilisant la force intermaxillaire, c'est-à-dire la force obtenue en faisant agir les muscles élévateurs de la mâchoire sur un instrument spécial.

Il y a dans les muscles élévateurs de la mâchoire une force considérable que nous négligeons à tort, force qui peut s'élever, comme vous le savez, à 40, 50 kilos et même plus, puissance que vous n'atteindrez jamais par la force musculaire du bras ou par celle développée par les maillets.

C'est de cette force et surtout de l'instrument employé, que j'ai nommé condensateur intermaxillaire, que je vais vous entretenir.

Le condensateur que je vous présente est loin d'être un instrument nouveau. L'idée première appartient au Dr Eugène Gaillard, elle remonte à 1873 environ.

L'instrument est composé d'une tige droite assez forte, terminée par un disque creux de deux ou trois millimètres et d'un centimètre environ de diamètre ; dans la partie creuse du disque se trouve fixé un tampon de caoutchouc demi-dur, de l'autre côté et au centre est vissée une tige striée de 8 à 10 millimètres de long ; le tout est fixé dans un manche en bois.

La tige striée s'applique sur l'or, et la dent antagoniste, venant mordre sur le tampon de caoutchouc, transmet la force des muscles élévateurs de la mâchoire et concourt ainsi à la condensation de l'or.

Cet instrument rend de réels services, tout en ayant trois grands défauts qui sont : la difficulté de stérilisation de l'instrument, le peu de résistance du tampon de caoutchouc aux efforts de la mastication, et la perte de force due à son élasticité.

Malgré les grands avantages de ce condensateur, il est encore actuellement fort peu employé par les aurificateurs. De longues années plus tard, M. Richard-Chauvin, professeur à notre école et grand partisan de la méthode d'aurification à l'or mou ou non cohésif, imagina d'autres instruments de condensation que nous connaissons tous, mais dont le principe repose toujours sur la force musculaire du bras.

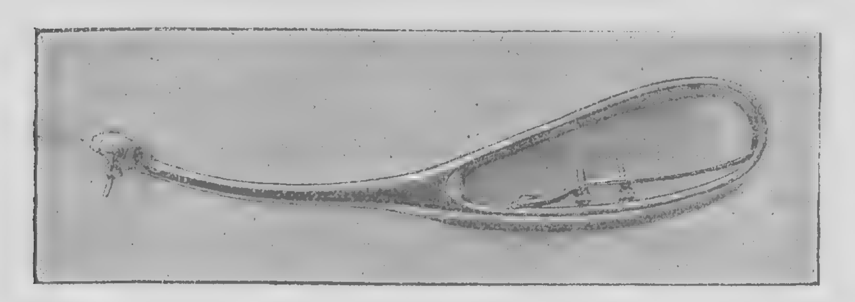
J'ai cherché dans l'instrument que je vous présente à réunir les qualités de l'un et de l'autre et à en supprimer les défauts.

L'instrument est tout en métal, il suit une légère courbe comme celui de M. Richard-Chauvin, ce qui permet dans certain cas de l'employer comme le sien, c'est-à-dire par la simple force musculaire du bras. Le tampon de caoutchouc est remplacé par une petite masse d'étain, ce qui rend la stérilisation facile et ne donne aucune perte de force ; son emploi est d'une bien plus longue durée que le tampon en

caoutchouc. Enfin il suffit de faire refondre la petite masse d'étain pour remettre l'instrument à neuf. Dans l'intérieur du manche se trouvent en réserve trois tiges de condensation de différents diamètres que l'on peut changer facilement, suivant la grandeur de l'aurification. Il ne faut pas oublier en effet que la condensation de l'or, ou d'un corps quelconque est toujours en raison inverse de la surface de l'instrument employé.

Mode d'emploi. — Le condensateur intermaxillaire s'emploie plus spécialement pour les aurifications non cohésives; cependant il rend de grands services dans les aurifications à l'or adhésif, où je l'emploie moi-même journellement.

Il permet de condenser l'or d'une façon beaucoup plus intime, puisqu'il permet un développement de force trois ou quatre fois plus grand que par l'emploi des autres procédés.



(Réduction au 1/2.)

Le condensateur intermaxillaire sert plus spécialement pour les grosses molaires, inférieures ou supérieures à volonté, à la condition d'avoir une dent antagoniste.

Dans l'aurification à l'or non cohésif, on se sert du condensateur intermaxillaire, lorsque tous les cylindres sont placés dans la cavité, qu'ils ont été fortement comprimés latéralement, qu'ils ne dépassent la cavité que d'un ou deux millimètres. L'opérateur présente alors l'instrument muni d'une pointe dont la grandeur est proportionnée à la surface de l'aurification. Il fait mordre le patient lentement et à son

commandement, pour pouvoir déplacer l'instrument de quelques millimètres à chaque mouvement musculaire. La condensation de l'or s'obtient de cette façon aussi parfaite que possible et bien supérieure comme densité à celle qui est obtenue par les autres procédés. Ce travail se fait sans aucune fatigue pour l'opérateur, ce qui est à considérer, et l'opéré préfère toujours ce léger travail musculaire aux secousses ou à l'ébranlement que provoquent les autres procédés.

Dans les aurifications à l'or adhésif, on se sert du condensateur pour condenser l'or couche par couche ; toutefois, il faut avoir soin dans ce cas de tenir la pointe striée toujours très propre pour ne pas supprimer l'adhésivité des molécules de l'or.

L'opérateur qui se servira de ce condensateur ne tardera pas à s'apercevoir qu'il peut l'employer dans de nombreuses occasions, soit à l'or adhésif, soit à l'or non cohésif et même avec l'or cristallisé. Il diminuera beaucoup de ce fait sa fatigue et celle de son patient, et il obtiendra toujours des aurifications d'une condensation de beaucoup supérieure à celle obtenue par les autres procédés.

CABINET DENTAIRE IDÉAL

Au mois de janvier dernier, le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris nommait une Commission dite « du Cabinet Idéal » composée de MM. Eudlitz, Geoffroy, Lemaire, Renhold et Georges Villain. Cette Commission fut chargée de déterminer la composition d'un *cabinet idéal* et d'un *cabinet de débutant* en *1908*. M. Eudlitz fut nommé rapporteur. Sans attendre la fin de ses travaux, elle fait connaître aujourd'hui toute la partie du programme qu'elle a déjà remplie, se réservant d'y apporter ultérieurement les modifications nécessaires.

LE CABINET DENTAIRE

SITUATION DU CABINET

Éclairage :
- Exposition au nord autant que possible.
- Appartement clair.
- Vitres brouillées à mi-hauteur de la fenêtre.
- Électricité ou, à défaut, le gaz. — Eclairage parfait de la pièce, du champ opératoire extra et intra-buccal.

Aération : Autant que possible grande pièce, fenêtres d'une seule vitre à impostes supérieure et inférieure.

Chauffage : Température à 18° avec moyens de chauffage sans poussière.

Parquet.

Linoléum.

Murs.

Peinture lavable. Angles arrondis. (Voir: Stérilisation.)

Stérilisation du cabinet.

(Fera l'objet d'un article spécial qui sera publié ultérieurement.)

Meubles dentaires.

NÉCESSAIRE POUR CABINET IDÉAL	NÉCESSAIRE POUR CABINET DE DÉBUTANT
1° *Fauteuil d'opérateur.*	*Fauteuil d'opérateur.*
Fauteuil à pompe avec têtière pouvant prendre toutes les positions. Recouvert de pegamoïd. Marche-pied en métal. Bras nickelés.	Fauteuil à pompe avec têtière pouvant prendre toutes les positions. En bois ou canné. (Modèle simple.)

Meubles dentaires.

NÉCESSAIRE POUR CABINET IDÉAL	NÉCESSAIRE POUR CABINET DE DÉBUTANT
2° *Tabouret d'opérateur.*	Inutile.
3° *Tablette avec support à crémaillère.*	*Tablette et support ou attachement.*
Modèle en opaline ou verre avec tiroirs garnis de verre. Galerie cannelée. Démontable complètement pour le nettoyage.	Modèle simple. Tablette en tôle émaillée, sans tiroirs, à galerie cannelée.
4° *Crachoir.*	*Crachoir.*
A eau courante avec fontaine à eau chaude et pompe à salive.	A eau courante et pompe à salive (modèle économique).
5° *Porte-déchets.*	*Porte-déchets.*
Cuvette en verre sur pied.	Cuvette en verre sur pied.
6° *Projecteurs.*	*Projecteurs.*
Modèle sur lampe et modèle électrique.	Modèle sur lampe.
7° *Meuble à instruments.*	*Meuble à instruments.*
Choisir parmi les divers modèles le plus aseptique et le plus pratique avec tiroirs garnis de verre ou de métal.	Vitrine métal et verre.
8° *Meuble de pharmacie et accessoires.*	*Meuble de pharmacie et accessoires.*
Vitrine à 3 étagères métal avec opaline ou verre.	Etagère ou petite table métal et verre.
9° *Etabli de cabinet.*	*Etabli de cabinet.*
A plusieurs tiroirs. Bec Bunsen et électricité. Chalumeau à soufflerie.	Modèle simple avec bec Bunsen et électricité. Chalumeau à soufflerie
10° *Appareils à stérilisation.*	*Appareil à stérilisation.*
A. Etuve à formol pour les matières à pansements et instruments altérables à l'eau bouillante. B. Stérilisateur à eau bouillante.	Stérilisateur à eau bouillante.

Meubles non dentaires.

NÉCESSAIRE POUR CABINET IDÉAL	NÉCESSAIRE POUR CABINET DE DÉBUTANT
Lavabo.	*Lavabo.*
A eau chaude et froide avec support et barillets de verre pour solution antiseptique.	Modèle simple avec support pour solutions antiseptiques.
Table-bureau.	*Table-bureau.*
Lavable.	Lavable.
Sièges.	*Sièges.*
Strictement nécessaires et faciles à nettoyer.	Strictement nécessaires et faciles à nettoyer.

Instruments d'examen, de nettoyage et d'opérations communes.

	Pour cabinet idéal	Pour cabinet de débutant
Miroir à bouche	3	1
Explorateurs	5	2
Ouvre-bouche	1	»
Ecarte-lèvres	1	»
Précelles à pansement	2	1
Ciseaux ordinaires	1	1
Ciseaux à gencives	2 { 1 courbe, 1 droit	1 courbe
Pince hémostatique	2	»
Bistouri	1	1
Lampe à alcool	1	1
Bec Bunsen	1	1
Séparateur d'Ivory	1	1
Instruments à nettoyer	7 plus la série de Younger ou série de Good	6
Poire à eau	1	1
Poire à air chaud	2	1
Excavateurs	26	17
Ciseaux à émail	10	7
Tour à fraiser, à pédale gauche, à corde et émaillé noir, avec pièce à main et angle droit, slip-joint	1	1
Tour électrique à marche arrière et avant,		

Instruments d'examen, de nettoyage et d'opérations communes.

	Pour cabinet idéal	Pour cabinet de débutant
vitesse progressive avec angle droit Davis, à corde	1	»
Fraises (de chaque série)	12 de chaque série	6 de chaque série
Brunissoirs à main	6	6
Brunissoirs à tour	6	5
Forets plats	3	3
Forets Beutelrock à manche — Pour pièce à main	6	6
Forets Beutelrock à manche — Pour angle droit	6	6
Porte-disques	2	2
Brosses pinceaux	12	12
Porte-bois	2	1
Mortier en verre	1	1
Pilon	1	1
Pierre d'Arkansas	1	1
Tire-nerfs Donaldson	3	3
Sonde cuivre	3	3
Tire-nerfs assortis	12	12
Manche à équarissoir	1	1
Forets de Kerr (petits à manche boule)	6	3
Limes à séparer	12	12
Equarissoirs fins détrempés	12	12
Porte-digue	1	1
Poids à digue	2	2
Pince perce-digue	1	1
Clamps	1 jeu Clamps à collet de Wood	1 jeu
Meules vulcarbo	2	1
Pointes corindon montées	3	3
Pince à clamps	1	1
Pince à tire-nerfs	1	1
Burette à huile	1	1
Porte-coton	1	1
Pince nickelée à bords minces	1	1
Cuvette plate faïence	2	1
Jeu de teintes	1 au choix	1 au choix

		Pour cabinet idéal	Pour cabinet de débutant
Instruments de chirurgie dentaire.	Davier droit pour incisives et canines supérieures	1	1
	— courbé pour prémolaires supérieures.	1	1
	— pour grosses molaires supérieures droites	1	1
	— pour grosses molaires supérieures gauches	1	1
	— pour dent de sagesse du haut	1	1
	— à racine du haut (forme baïonnette).	1	1
	Pince coupante pour racines supérieures	1	1
	Davier coudé pour incisives et canines inférieures	1	1
	— bec de faucon pour prémolaires inférieures	1	1
	— bec de faucon pour molaires inférieures	1	1
	— coudé pour molaires inférieures	1	1
	— pour dent de sagesse inférieure	1	1
	Davier à racines bec de faucon	1	1
	— coudé, pour racines inférieures	1	1
	Daviers pour enfants... pour molaires du haut	1	1
	Daviers pour enfants... pour incisives et canines du haut	1	1
	Daviers pour enfants... pour molaires du bas	1	1
	Daviers pour enfants... pour incisives et canines du bas	1	1
	Pince coupante pour racines inférieures	1	1
	Langue de carpe	1	1
	Elévateur droit	1	1
	Pied-de-biche	1	1
	Seringue de Pravaz stérilisable à ailettes	1	1
	Masque à anesthésie	1	1
	Flacon métallique à chloréthyle	1	1
	Appareil à protoxyde d'azote	1	»
	Seringue à abcès	1	1
	Thermo-cautère	1	1
	Porte-empreintes	20	12
	Galvano-cautère	1	»

		Pour cabinet idéal	Pour cabinet de débutant
Instruments pour obturations plastiques	Spatules à ciment	4	2
	Plaque de verre dépoli	2	2
	Flacon de bois pour mercure	1	1
	Mortier en grès avec son pilon	1	1
Instruments pour aurifications.	Boîte à or	1	1
	Ciseaux à or	1	1
	Couteau à or	1	1
	Maillet à main en plomb	1	1
	Maillet automatique à double action	1	1
	Maillet mécanique pour tour	1	»
	Daviers à condenser l'or	2	»
	Fouloirs à or	25	15
	Fouloirs à étain	3	»
	Instrument à or mou de Richard-Chauvin	2	2
	Presse de Solbrig et Platschick ou similaire	1	1
	Précelles à or	1	1
	Coupe-papier en os	1	1
	Instruments à finir l'aurification	4	»
	Rubans d'acier scie	2	2
	Limes à or	2	1
Instruments pour couronnes et bridges de cabinet.	Fraise à finir forme flamme	1	1
	Foret spécial	1	1
	Fraises à aplanir les racines	3	3
	Forets à élargir les canaux	3	3
	Instruments à décortiquer (scalers)	8	2
	Dentimètre	1	1
	Porte-empreintes spéciaux	3	1
	Bol à plâtre	1	1
	Spatule à plâtre	1	1
	Pince Robinson	1	1
	Pince de Peeso	1	1
	Pince Peeso à contourner et écraser	1	1
	Paire de ciseaux à couronnes courbe	1	1
	Paire de ciseaux à couronnes droite	1	1
	Pince à fendre les couronnes	»	»
Instruments pour travaux de céramique de cabinet.	Spatule en agathe	1	1
	Spatule crénelée	1	1
	Couteau à céramique	1	1
	Pinceau fin mou	1	1
	Pinceau fin dur	1	1
	Pinceau brosse mou	1	1
	Précelle à fermoir	1	1
	Jeu de brunissoirs spéciaux	1	»
	Four électrique et accessoires	1	1

		Nécessaire pour le cabinet idéal	Nécessaire pour le cabinet du débutant.
Instruments pour travaux d'orthodontie.	Pinces à bandes d'Angle	I	I
	Précelles spéciales d'Angle	I	I
	Pince de How	I	I
	Fillières à tarauder et taraud (80-100-120-140)	I	I
	Porte-empreintes spéciaux	8	8
	Boîte de fil métallique pour traction	I	I
	Boîte anneaux de caoutchouc	I	I
Instruments pour travaux de prothèse au cabinet.	Plateau Martinier	I	I
	Porte-empreintes	série complète.	série complète.
	Articulateur pour couronnes	2	I
	Articulateur physiologique	I	I
	Gutta-percha	»	»
	Limes à caoutchouc (fine et grosse)	3	2
	Lime à métal	3	I
	Echoppe	I	I
	Gouge	I	I
	Onglette	I	I
	Spatule à cire	3	2

Les instruments nécessaires pour les travaux de prothèse au laboratoire ainsi que l'installation de ce laboratoire seront publiés prochainement.

Tous les instruments ci-dessus, sauf ceux qui sont connus du nom de leur auteur, seront exposés ultérieurement sous vitrine à l'Ecole dentaire de Paris.

Un certain nombre d'objets dont la caractéristique est d'être *consommés* chaque jour dans tout cabinet dentaire figurent dans la liste suivante sans que la quantité en soit inscrite, cette quantité dépendant de l'activité même du cabinet.

Objets de consommation journalière.

Digue.
Fil de soie pour digue.
— pour nettoyage et examen de bouche.
Bobine de ganse de grosseurs différentes.
Disques.
Strips.
Lames d'acier pour matrices.
Bandes de cuivre pour matrices.
Lames de celluloïd.
Disques de caoutchouc.
Poudre d'émeri.
Ciments.
Amalgames.
Ors.
Plâtre à empreinte.
Caoutchouc à séparer.
Etain.
Métal de Melotte ou similaire.
Moldine.
Ciment à porcelaine.
Pointes de bois.
Pointes de caoutchouc dur.
Bois à polir (bois d'oranger).
Rouleaux de coton.
Carrés d'amadou.
Papier japonais.
Coton hydrophile.
Peau de chamois.
Petits carrés de toile.
Papier à articuler.
Petite pharmacie.
Cire d'abeille.
Cire collante.
Cire à modeler.
Stent ou godiva.
Gutta-percha.
Bois d'hickory.
Platine et or à empreintes.
Poudres de porcelaine variées.
Fil de cuivre.

REVUE DES REVUES

SPOROTRICHOSE DE LA MUQUEUSE BUCCO-PHARYNGÉE

Diagnostic clinique et anatomo-pathologique.

Par M. Maurice Letulle,

Médecin des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Autant les nouvelles observations de Sporotrichose de la peau vont se multipliant depuis le jour où de Beurmann et Ramond, les premiers en France, firent sortir du cadre de la tuberculose et de la syphilis un groupe important de diverses affections cutanées et sous-cutanées en en identifiant d'une manière absolue la nature mycosique, autant les déterminations anatomo-pathologiques de *Sporotrichum Beurmanni* sur la muqueuse bucco-pharyngée sont, pour le moment encore, d'une exceptionnelle rareté.

Sans parler des faits fort intéressants dus à Dor, à Laubry et Esmein, à Monier-Vinard, où l'existence du Sporotrichum, à l'état de banal saprophyte, dans la cavité des premières voies fut bien établie, il n'existe actuellement publiés que deux cas de sporotrichose ayant occasionné des délabrements matériels de la muqueuse bucco-pharyngée, sous forme d'ulcérations. Tous deux datent de l'an dernier ; ils sont le résultat des enquêtes méthodiques conduites par de Beurmann et ses collaborateurs, Gougerot pour la première observation, Gastou, Brodier et Collinet pour la deuxième. Des circonstances particulièrement favorables nous ayant permis, à mon élève et ami Debré et à moi-même, de compléter, par une autopsie toute récente, la seconde des observations susdites et d'étudier à fond l'anatomie pathologique des lésions sporotrichosiques des muqueuses, il me paraît utile d'en tracer à larges traits les caractères distinctifs, tant au point de vue de la clinique que de l'histopathologie. Nul doute que, mis sur la voie, les observateurs n'apportent bientôt de nouveaux faits confirmatifs.

*
* *

Malgré la pénurie des documents actuels, il est facile d'esquisser les signes caractéristiques de l'*ulcère sporotrichosique* de la muqueuse bucco-pharyngée. Toujours identique à elle-même, quelles que soient sa localisation primordiale, sa forme générale et ses dimensions, la perte de substance peut se présenter sous deux aspects fort diffé-

rents : tantôt, il s'agit d'une petite ulcération arrondie, grisâtre [1], à bords surelevés, tuméfiés et rouges, qui paraît comme pultacée et occupe, par exemple, l'un des piliers antérieurs du voile du palais ; tantôt, au contraire, la muqueuse bucco-pharyngée est largement envahie, sur une étendue considérable (fig. 1), par un processus destructif aussi remarquable que caractéristique [2], disséminant de proche en proche et sans que rien ne l'arrête ses infiltrations mycosiques. Dans notre cas, par exemple, la totalité du voile du palais, la luette, les amygdales, la base de la langue, toute la surface du pharynx, y compris l'épiglotte et les replis qui s'en détachent (ainsi d'ailleurs que l'ensemble de la muqueuse laryngée), étaient recouverts d'une vaste perte de substance, d'un gris-jaunâtre sale, uniforme. Loin de creuser, cette ulcération diffuse faisait un relief incontestable qui semblait dû à une sorte d'enduit, non pultacé, mais plutôt comparable à du papier mâché, ou mieux à de la mie de pain détrempée, semblant étalée en une mince couche continue à la surface des muqueuses enflammées. Ce vaste ulcère était recouvert, en outre, de muco-pus, facile à déterger par le lavage. L'enduit grisâtre faisait donc partie intégrante de la muqueuse, ce qui le distinguait sans peine de toute fausse membrane.

Un second caractère important, susceptible, à lui seul, de différencier la sporotrichose, est le suivant : toutes les régions ainsi infiltrées et ulcérées ont, partout, *conservé leur conformation anatomique normale*, sauf peut-être pour les deux amygdales, dont la masse sessile ne fait pas sa saillie ordinaire entre les piliers contractés ; le reste des parties, voile, luette, épiglotte même, ne semblent avoir rien perdu de leur forme et se meuvent, douloureusement à la vérité, mais encore avec une réelle souplesse.

Donc, relief manifeste des surfaces ulcérées, coloration gris-jaune sale de la perte de substance, sans exsudat membraniforme, diffusion extrême des désordres possible, sans mutilation des parties atteintes et *sans adénopathies cervicales :* tels sont les principaux caractères objectifs qui permettent de différencier, déjà avant la culture, l'ulcère sporotrichosique de la muqueuse bucco-pharyngée.

La *tuberculose*, et surtout la tuberculose dite aiguë du pharynx, n'y évolue jamais avec une pareille allure : elle érode toujours, effrite ou creuse, détruisant sur place, souvent avec une rapidité surprenante, des zones plus ou moins étendues de la muqueuse et des couches sous-jacentes. L'amygdale s'effondre, disparaît en quelques jours ; la luette se réduit à un moignon atrophique ; le bord libre du voile s'échancre de plus en plus profondément, tandis que ses piliers anté-

1. *De Beurmann et Gougerot*, Bull. Soc. méd. des Hôp., 1907, 7 juin, p. 586.
2. *Maurice Letulle et Debré*, Bull. Soc. méd. des Hôp., mars 1908.

Figure 1. — *Sporotrichose ulcéreuse de la muqueuse bucco-pharyngée.*

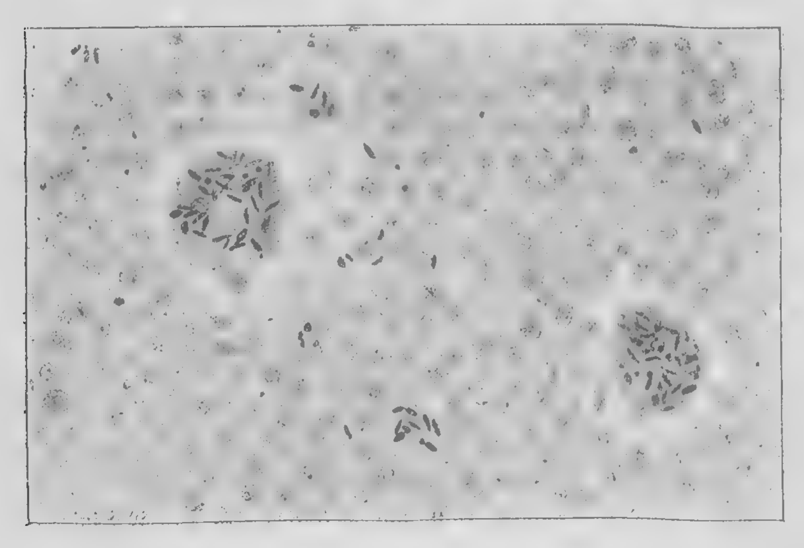


Figure 2. — *Culture pure du Sporotrichum Beurmanni provenant d'un frottis de la muqueuse du pharynx.*

Coloration au Gram. Grossissement : 1200/1. (Microphotographie.)

Un filament ramifié montre appendues à son axe un certain nombre de spores ; celles-ci s'insèrent sur le mycélium soit directement, soit par l'intermédiaire d'un filament court (stérigmate).

Figure 3. — *Sporotrichose du pharynx.*
Coloration hématoxyline-éosine. Grossissement : 45/1.

Coupe du bord de l'ulcération de la muqueuse pharyngée. — Le tissu de la muqueuse ulcérée est gorgé d'éléments et de cellules géantes ; il fait un relief très accusé au-dessus de la surface de la muqueuse. A droite, muqueuse encore recouverte de ses strates épithéliales normales. — Dans la sous-muqueuse, une veinule thrombosée se dessine au-dessous de la région ulcérée. Nulle part, les parties malades ne sont caséifiées.

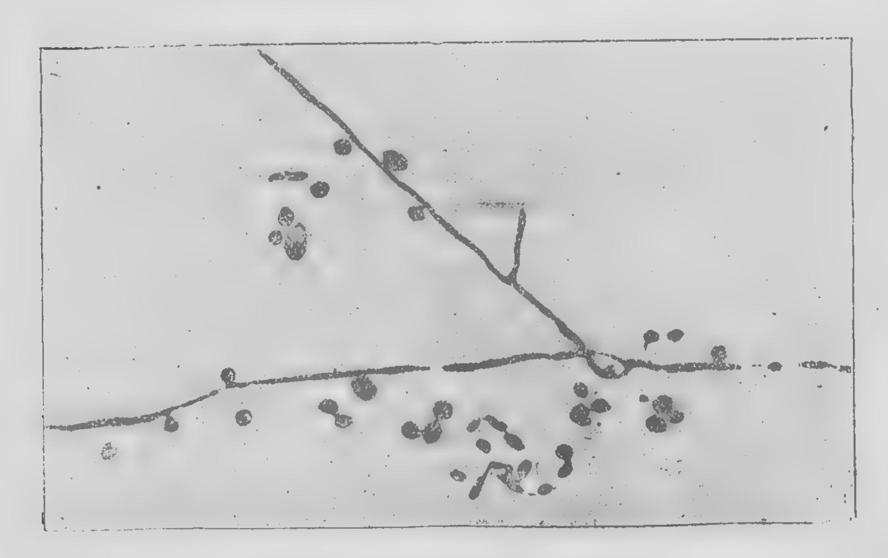


Figure 4. — *Sporotrichose du pharynx.*
Coloration par le Gram. Grossissement : 500/1.

Le tissu interstitiel est infiltré d'éléments courts, en « navette », du Sporotrichum Beurmanni. — Deux belles cellules géantes s'y montrent gorgées de ces filaments ; elles contiennent aussi quelques spores.

rieurs se découpent, de-ci, de-là, à l'emporte-pièce. Bref, la tuberculose pharyngée, comme la laryngée d'ailleurs, tout en infiltrant les parties molles, les morcelle jusqu'à les mutiler.

La syphilis, de son côté, est autrement descriptive et térébrante. Ses infiltrats gommeux, même les plus largement conglomérés, s'ils labourent volontiers le voile, l'amygdale ou le pharynx, ne sont jamais, il me semble, aussi disséminés, aussi généralisés à la totalité de la muqueuse pharyngée et portent plus en profondeur leurs méfaits. La syphilis maligne du pharynx a plutôt pour habitude de perforer, de scléroser et de sténoser. En un mot, la syphilis bucco-pharyngée est, avant tout, mutilante. La sporotrichose se contente d'infiltrer les tissus et, comme nous l'allons voir, de faire bourgeonner la muqueuse, non sans l'ulcérer.

Le *diagnostic* de la sporotrichose bucco-pharyngée doit se faire au moyen de l'étude bactériologique. En prélevant par raclage l'enduit qui recouvrait l'ulcération du pilier, de Beurmann et Gougerot obtinrent de très nombreux exemplaires du parasite, formes « oblongues » et « courtes », mais peu de spores.

La plupart des éléments caractéristiques de la mycose « ont un aspect fusiforme, ovalaire ; un grand nombre apparaissent phagocytés, inclus dans des macrophages surtout, exceptionnellement dans des polynucléaires ».

Cet aspect fusiforme des éléments « en navette », voire « en massue », est tout à fait caractéristique : il correspond précisément aux *formes de résistance* du champignon pathogène, lesquelles prédominent dans l'intimité des couches constitutives de la muqueuse infiltrée par le sporotrichum B.

Nous avons pu, dans notre cas, trouver à la surface de la muqueuse génienne une petite colonie récente du sporotrichum d'apparence pultacée, et en extraire, par frottis, des formes mycéliennes sporulées aussi caractéristiques que possible, surtout bien mise en valeur par la gomme iodée (qui montrait les spores infiltrées de gouttelettes de glycogène). Dans cette même observation, plusieurs mois avant la mort de la malade, notre ami Collinet avait pu extirper du larynx un bourgeon charnu chargé du sporotricha B, et qui servit au premier diagnostic de l'affection et aux premiers ensemencements.

Rien n'est plus facile que de prélever, à la surface de l'ulcération soupçonnée atteinte de sporotrichose, quelques parcelles de l'enduit, d'ensemencer plusieurs tubes de gélose, de pommes de terre ou de carotte, préparés *ad hoc* (milieux de Sabouraud), et d'attendre un temps suffisant : bientôt on y verra pousser les vigoureuses cultures, d'abord blanches, puis noires, caractéristiques du champignon pathogène. Les frottis de culture révéleront aussitôt les filaments mycéliens isolés (fig. 2 et 3) avec leurs spores arrondies, les chlamydospores,

des formes en massue, beaucoup plus rares, enfin les mycéliums complets, avec leurs ramifications latérales, leurs stérigmates, et quelquefois même leurs bouquets de spores appendues ou terminales.

*
* *

Sur les coupes microscopiques de la muqueuse bucco-pharyngée (comme, du reste, de la muqueuse laryngo-trachéale) le diagnostic anatomo-pathologique est encore plus aisé, si l'on peut ainsi dire. *Il est impossible de méconnaître la sporotrichose infiltrée dans les couches de la muqueuse et l'ayant ulcérée.* La lésion se caractérise partout et toujours de la même façon : il s'agit d'une inflammation végétante et ulcéreuse qui, loin de creuser les parties, les tuméfie d'abord et leur accorde, comme nous l'avons vu pendant la vie, un relief, une saillie plus ou moins marquée au-dessus des régions encore saines.

Le second caractère des altérations sporotrichosiques des muqueuses est donné par l'infiltration leucocytaire extrême des espaces interstitiels, avec hyperémie très marquée des régions infestées ; de plus, au milieu de cette poussée hyperdiapédétique excessive, mais non pyogénique, se montrent, en nombre vraiment extraordinaire, des *cellules géantes* de toutes formes et de toutes dimensions, disséminées au hasard et jusqu'à la surface de la plaie, sinon même au milieu de l'enduit muco-purulent qui la baigne.

Ces cellules géantes sont toutes plus ou moins gorgées de sporotricha, ainsi que le montrent les diverses techniques colorantes. Dans notre cas, la méthode de Gram était la plus favorable à déceler les parasites inclus dans les éléments cellulaires du tissu conjonctivo-vasculaire irrité (cellules géantes, macrophages et même polynucléaires).

Les formes « en navette » et en « massue » prédominent dans les tissus infiltrés de sporotricha ; les spores arrondies y sont rares, à l'inverse de ce que donnent les cultures pures sur milieu de Sabouraud, surtout riches en mycéliums sporulés. Enfin, un dernier caractère histo-pathologique, d'une grande valeur, est fourni par la constatation formelle et constante, de l'absence de caséification dans les parties infiltrées de sporotricha. Alors même que la désorganisation des tissus est poussée aussi loin que possible, l'énorme champ de « bourgeons charnus » ulcératifs qui caractérise la maladie a pu altérer des vaisseaux sanguins veineux, créant autant d'îlots de « phlébite sporotrichosique », la réaction demeure simple : la lésion reste à l'abri des nécrobioses caséogènes coutumières à la tuberculose aussi bien qu'à la syphilis.

Par là, la sporotrichose même la plus étendue comme notre cas, demeure une inflammation végétante et de « bonne nature ».

En résumé, par ses signes cliniques et par son anatomie pathologique, la *sporotrichose des muqueuses* constitue une affection spécifique en tous points distincte des autres affections ulcératives décrites jusqu'à ce jour. Elle n'affecte, en particulier, aucune relation, même indirecte, avec la tuberculose, non plus qu'avec la syphilis bucco-pharyngée. Alors qu'elle coïnciderait avec l'une de ces deux maladies sur le même patient, elle saurait toujours s'en différencier, d'une manière absolue et précise.

(*La Presse médicale*, 18 mars 1908.)

COMBINAISON DES INLAYS D'OR ET DE PORCELAINE

Par Davy, de Morrisburg.

Les incisives centrales, les latérales et les canines avec une moitié, un tiers en moins du bord incisif et une grande cavité proximale, se traitent d'ordinaire par une obturation Johnson, une aurification avec un pivot dans la racine ou un inlay de porcelaine maintenu par un pivot ; mais l'or est dépourvu de qualités esthétiques, la porcelaine manque de résistance et l'or lui-même en est dépourvu quand le bord incisif est très mince.

Dans les obturations proximo-occlusales antérieures des bicuspides et des premières molaires, l'or est trop visible et la porcelaine ne convient guère.

La combinaison des inlays d'or et de porcelaine est toujours indiquée dans ces cas, parce qu'elle donne le maximum de force d'esthétique.

Dans les dents antérieures les canaux radiculaires doivent être traités et obturés comme le prescrit Hoyle ; les cavités doivent être bien débarrassées de carie et l'émail trop mince enlevé. Les bords incisifs peuvent être taillés jusqu'à ce qu'on soit sûr d'être arrivé à l'émail solide ; un peu moins de substance de la dent et un peu plus de matière obturatrice ne compromettront pas la permanence du travail.

Il faut élargir latéralement vers le côté mésial ou distal le canal radiculaire, suffisamment pour entrer aisément un crampon.

Cela est nécessaire pour l'enlèvement de la matrice et l'insertion de l'inlay. Puis brunir en place la matrice d'or pur sans la déchirer. Si la matrice se pointille, employer un petit morceau d'or de l'épaisseur de la matrice, le pointiller avec le crampon, en envelopper

celui-ci en forme de cône, l'introduire dans le canal radiculaire et avec le brunissoir fouler le cône jusqu'à ce qu'il vienne en contact avec les parois de la cavité et couvre le pointillé dans la matrice originale.

Tasser dans la matrice une combinaison de paraffine et de camphre, pilée dans un mortier. Enlever le tout et mettre dans le revêtement, en remplissant la matrice de soudure.

Rapporter à la cavité et restaurer la dent avec du ciment, en donnant le contour et le contact voulu. Enlever et sculpter en tenant compte de l'épaisseur de l'or. Prendre l'empreinte en mettant dans un vernis dentaire et estamper. Enlever le ciment et souder le coin à la matrice originale ; enlever la face labiale partiellement et rendre l'inlay solide en remplissant de soudure.

Insérer l'obturation. Si le point de contact est imparfait, ajouter un peu de soudure d'or. Façonner l'inlay pour une insertion et avec une fraise à serrations tailler la face labiale de l'angle gingivo-labio-proximal à l'angle proximo-incisif. Le long du bord incisif laisser un peu d'or pour protéger l'inlay de porcelaine.

Cimenter l'inlay d'or dans la cavité et laisser le ciment durcir. Brunir la matrice pour une obturation de porcelaine dans la cavité labiale, qui se présente alors. Cuire l'inlay de porcelaine et l'introduire.

On a ainsi une obturation aussi solide que possible, complètement supportée par l'or et aussi esthétique que possible, car elle laisse voir fort peu d'or le long du bord incisif.

Pour faire un inlay d'or solide dans une bicuspidée ou une molaire, tailler cet inlay le long de la paroi buccale de la cavité, à partir du bord gingival près du point où l'effort de la mastication se fera sentir. La section doit être étendue lingualement jusqu'à ce qu'elle dépasse le point de vision. Faire et insérer alors un inlay de porcelaine.

(Dominion Dental Journal.)

L'ENSEIGNEMENT MANUEL PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS

Par M. D. M. Shaw.

Résumé.

Les difficultés qu'on éprouve à familiariser un étudiant avec l'enseignement manuel au début sont bien connues. Il convient donc d'habituer son esprit à vaincre ces difficultés en l'habituant à raisonner sur les matières de cet enseignement, nouvelles pour lui, et en lui posant des petites questions dans le genre de celles qui suivent, qui constituent chacune un exercice pratique séparé et qui l'obligent à

exécuter par lui-même tout le travail afférent à chacune d'elles. L'étudiant expose par écrit succinctement, clairement et exactement ce qu'il fait et le résultat :

1° Quand un morceau de caoutchouc est vulcanisé, indiquer les changements qui se produisent dans le poids et dans le volume.

2° Mélanger deux parties séparées de plâtre de Paris avec de l'eau, l'une claire, l'autre épaisse et trouver le poids du même volume de chaque espèce (un centim. cube par exemple) après que l'eau en excès a été soigneusement séchée.

3° Si du caoutchouc est vulcanisé en contact avec la surface plane d'un morceau de vulcanite durcie préalablement, quel est le degré d'adhérence ou d'union quand la dernière surface est passée : *a*) au gros papier de verre n° 2 ; *b*) au papier de verre n° 0 ; *c*) quand elle est bien polie et soigneusement nettoyée au chloroforme ?

4° En employant des ressorts pour redressement en fil de piano du même diamètre, une extrémité étant libre, indiquer la force ou pression nécessaire pour mouvoir l'extrémité libre à une distance de 24 mm. quand : *a*) il y a une boucle simple, de 3 mm. de diamètre près de l'extrémité fixée ; *b*) quand une boucle de 6 mm. de diamètre est placée de même ; *c*) quand il y a un fil droit sans boucle. La distance entre l'extrémité libre et l'extrémité fixe doit être dans tous les cas de 24 mm.

5° D'après l'observation de cent modèles de molaires indiquer combien de deuxièmes prémolaires sont des tricuspidées.

6° Trouver un moyen simple et pratique de comparer le coefficient d'expansion du borax vitrifié avec celui d'une dent de porcelaine, de platine, d'or à 18 carats et d'argent fin.

Si vous trouvez une différence dans le premier cas, montrez par expérience comment elle peut donner des chances de craquelure pendant la soudure.

7° Trouver par l'analyse qualitative les métaux constituants dans l'alliage platinoïde.

L'élève est mis en garde contre la perte de temps qu'il y a à faire des théories et à discuter sur le résultat et on lui conseille de se mettre à l'œuvre, l'esprit et l'œil ouverts, dès qu'il a formé un plan d'opération.

Quand un commençant a à préparer et à adapter des dents artificielles, les difficultés de mécanique et de manipulation suffisent par elles-mêmes sans qu'il soit besoin de les compliquer par l'ignorance totale de leur forme et de leur position normales. Et il continue à faire des dents qui n'ont rien de commun avec les dents naturelles, quoiqu'elles aient bon aspect sur le modèle en plâtre.

Nous nous efforçons donc de remédier à cet état de choses en faisant étudier directement d'après nature. Le meilleur moyen de con-

naître la forme exacte d'une chose, c'est de la modeler, de la sculpter ou de la dessiner. Toutefois le dessin ne donnant qu'un aspect de la chose est bien inférieur au modelage, qui reproduit tous les aspects.

Nous faisons donc modeler nos élèves avec une matière excellente, *la plasticine*. Avant de passer d'un type de dent à un autre, l'élève doit prouver sa connaissance à l'un des membres de la Commission d'enseignement en modelant un type spécial de mémoire dans un temps déterminé, 15 à 30 minutes. Il passe alors à une autre matière, l'ivoire, avec laquelle il sculpte plusieurs types.

Après plusieurs exercices de ce genre, l'élève fait des dentiers partiels. Bien des essais ont été faits pour trouver des matières et des procédés convenables ; nous avons fini par nous arrêter au modèle suivant : les tissus mous sont représentés par du caoutchouc mou vulcanisé, les dents — naturelles et saines — sont fixées (non par l'élève) dans des alvéoles préparés avec soin de façon à se mouvoir légèrement. Leur position est normale et elles articulent normalement avec un modèle inférieur comptant toutes les dents.

Ce modèle sert toujours à l'élève. Il prend l'empreinte et, après avoir obtenu un moulage en plâtre, il le compare au modèle pour découvrir les imperfections. Plus tard, de la même manière, il peut essayer l'adaptation de la pièce, essayer et ajuster les crochets et observer le genre de soutien véritable qu'ils donnent. Alors il peut modifier le modèle ou prendre une nouvelle empreinte et recommencer. Ou bien, si le résultat est satisfaisant, il pose le dentier fini. Le caoutchouc mou est durable, ne s'altère pas et, après avoir servi à prendre des centaines d'empreintes sur le même modèle, il est encore aussi bon qu'auparavant.

(*Brit. Dent. J.*, 1er février 1907.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 juin 1908

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle de l'Ecole dentaire de Paris, le 2 juin 1908, à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Touchard, président.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Godon, annonçant la remise à la Société d'Odontologie de trois tableaux et de divers documents émanant de la Société des dentistes scolaires d'Angleterre, et accompagnés de la lettre suivante :

Société des Dentistes scolaires,
Président : M. SIDNEY-SPOKES.

Watford, 28 mai 1908.

M. Godon, Paris.

Cher Monsieur,

A une réunion du Conseil de la Société des dentistes scolaires, tenue la semaine dernière à Londres, j'ai été chargé de vous écrire pour vous prier d'accepter, comme président du groupement de l'Ecole dentaire de Paris, pour la Société d'Odontologie de Paris, une série de tableaux dentaires publiés par notre Société.

Le Conseil vous serait obligé de vouloir bien les montrer, si cela vous est possible, aux membres de la profession médicale et dentaire que l'hygiène dentaire intéresse.

Je vous adresse également, à titre documentaire, le rapport de notre Société pour 1907, des règlements, la liste de nos membres et quelques-uns de nos comptes rendus. Notre Société est nécessairement peu nombreuse parce que, seuls, peuvent en faire partie les dentistes chargés officiellement des dispensaires dentaires, en raison de la loi sur les pauvres, des dispensaires scolaires dentaires et des dispensaires dentaires d'hôpitaux pour enfants.

Je suis votre bien dévoué,

WILLIAM FISK,
Secrétaire de la Société.

M. Godon. — Je dépose sur le bureau les différents documents qui ont été envoyés par M. Fisk au nom de la Société des dentistes des écoles en Angleterre.

Tous ceux de nos confrères qui suivent le mouvement odontologique en Angleterre connaissent les grands services que cette Société a rendus au point de vue de la vulgarisation de l'hygiène dentaire dans les écoles. Non seulement elle publie des documents extrêmement intéressants, mais en outre elle a fait faire les trois tableaux que vous voyez ici : ils sont très démonstratifs et représentent, le premier, la série des dents temporaires et permanentes de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure, l'anatomie interne, l'articulation, les conséquences des dépôts alimentaires entre les dents, ainsi que les déformations produites par le suçage du pouce et le biberon en caoutchouc. Le deuxième montre l'innervation des dents et les caries des différents degrés. Le troisième montre le développement des dents d'un enfant entre 6 et 7 ans (première dentition et deuxième dentition en formation).

La Société tâche de les placer dans les différentes écoles. Vous voyez aussi qu'elle ne se contente pas de les faire connaître dans son pays, puisqu'elle souhaiterait que nous les propagions en France.

Je remets tous ces documents à la Société d'Odontologie, au nom de la Société des dentistes des écoles d'Angleterre.

Je vous propose d'adresser à cette société les remerciements de la Société d'Odontolgie de Paris.

M. le président. — M. le secrétaire général adressera à la Société des dentistes scolaires d'Angleterre tous nos remerciements pour l'envoi qu'elle a bien voulu nous faire.

II. — La récente circulaire du Ministre de l'Instruction publique sur l'hygiène de la bouche dans les écoles normales et les internats primaires, par M. G. Lamy, inspecteur général de l'Instruction publique.

M. le président. — Avant de donner la parole à M. Lamy, je tiens à saluer l'homme éminent qui a bien voulu honorer notre société en venant faire ici ce soir une conférence sur l'hygiène de la bouche dans les écoles.

Il m'est agréable de déclarer devant lui que cette question a été de la part des dentistes l'objet d'une constante sollicitude. Je rappellerai qu'il y a une vingtaine d'années, plusieurs de nos confrères se sont occupés de la question, notamment un de nos confrères de Rouen, qui avait créé dans cette ville une inspection dans les écoles communales, avec un dispensaire. Il fut imité par un dentiste de Dieppe, puis par un autre de Niort. Un de nos confrères, ici présent, M. Debray, a organisé un service analogue à Saint-Germain.

La question de l'hygiène dentaire scolaire est de plus en plus étudiée à Paris ; de nombreux efforts de vulgarisation sont faits dans ce sens par des confrères qui propagent par des conférences les notions

élémentaires d'hygiène buccale. D'ailleurs la principale vulgarisation de l'hygiène dentaire n'est-elle pas faite par l'Ecole dentaire de Paris, qui en 20 ans a reçu dans son dispensaire plus de 250.000 malades ?

Je donne la parole à M. Lamy.

M. Lamy commente la circulaire ministérielle et expose l'état de la question de l'hygiène dentaire scolaire et des moyens de la réaliser. Cette conférence a été publiée dans le précédent numéro (V. *Odontologie,* 30 juin, p. 531.)

M. Godon. — Je voudrais remercier personnellement M. Lamy, qui a bien voulu, sur la demande que je lui en ai faite, venir nous faire cette intéressante communication. Auparavant je tiens à présenter quelques observations.

M. Touchard, notre président, rappelait tout à l'heure, au début de la séance que certains de nos confrères se sont occupés déjà de cette question de l'hygiène dentaire dans les écoles, et cela depuis quelques années. Il a cité notamment certains diplômés de cette école qui ont en province essayé d'établir des services d'hygiène dentaire dans les établissements scolaires. M. Touchard disait avec raison que c'était ici, que c'était à cette école qu'on avait tout particulièrement contribué à travailler, à vulgariser l'hygiène dentaire scolaire et à répandre un peu partout les principes de cette hygiène spéciale, en aidant surtout à la création de ces services dentaires dans les différentes villes de France. Nous nous sommes faits ici, autant qu'il était en notre pouvoir, les défenseurs, les propagateurs de la création de ces services non seulement à Paris, mais encore en province. Je me souviens que vers 1884 j'avais présenté moi-même au Conseil municipal de Paris une proposition d'organisation de services dentaires dans les écoles, qui comprenait un service d'inspection et un service de traitements distincts. J'avais été assez heureux, après un certain nombre de démarches, pour obtenir que le Conseil municipal adoptât ce projet et priât le Préfet de le mettre à exécution, mais je me suis alors heurté à l'inertie de l'Administration. J'ai essayé de m'adresser directement aux mairies, comme l'ont fait depuis quelques-uns de nos collègues de province, et c'est ainsi que nous avons pu créer les uns et les autres quelques services dentaires plus ou moins rudimentaires.

Donc si les services dentaires dans les écoles ne se sont pas développés davantage, c'est que nous nous sommes heurtés à des difficultés dont nous ne sommes pas responsables. La loi sur l'enseignement primaire ne permet l'entrée dans les écoles qu'à l'inspecteur primaire, qu'au médecin et au délégué cantonal. Dans mon arrondissement je suis délégué cantonal, comme tel j'ai droit d'entrée dans les écoles, j'ai le droit d'y pénétrer et de m'y occuper de tout, excepté des dents. C'est cette loi sur l'enseignement primaire qui a arrêté les initiatives, les tentatives, les essais des dentistes français.

Partout où ces services avaient pu être organisés par suite de l'ignorance des maires et des municipalités au sujet de la loi, ces services étaient organisés illégalement, au bout de quelques années ils ont bientôt cessé d'exister.

On a essayé, au début, de voter des subventions pour organiser ces services, mais dès qu'on arrivait devant le préfet, on arrêtait immédiatement l'initiative en disant : vous n'avez pas le droit de laisser entrer un dentiste dans une école primaire de l'Etat ; la loi ne le permet pas. Tout au plus les préfets autorisaient-ils les élèves à se rendre chez un dentiste sur l'avis du médecin de l'école : les services organisés dans ces conditions ne réussissent pas parce que les enfants s'égrènent en route, ce qui fait que les services cessent bientôt d'exister. Je tiens donc à dire à M. l'Inspecteur que si l'école dentaire, si les dentistes, malgré toutes les initiatives privées, n'ont pas fait plus, ce n'est pas de leur faute, c'est la faute de l'Etat. Nous avions été pris d'un certain découragement lorsque nous avions entendu au Congrès de Genève, il y a deux ans, M. le professeur Jessen nous exposer les magnifiques résultats qu'il obtenait à Strasbourg, lorsque nous avons vu les cliniques qui existent en Allemagne, en Angleterre, admirablement organisées, et que nous devions constater que nous étions réduits à l'impuissance.

Mais le ministre de l'Instruction publique a eu l'heureuse idée d'envoyer au Congrès d'hygiène dentaire de Londres M. l'inspecteur général Lamy.

Il en est revenu enthousiasmé de ce qu'il avait vu et il en a parlé au ministre. Comme il connaissait la maison mieux que nous, il a vu ce qu'il était possible de faire et du coup a réalisé ce qu'en vingt-cinq ans nous n'avions pu obtenir. En s'adressant directement aux écoles normales on ne rencontre pas les mêmes objections, il est possible d'y organiser des services dentaires et M. le ministre de l'Instruction publique, sous l'inspiration de M. Lamy, a organisé ces services dentaires scolaires d'une façon parfaite pour un public de 50.000 jeunes instituteurs et institutrices, qui répandront plus tard dans les écoles primaires qui leur seront confiées les notions d'hygiène dentaire qu'ils auront ainsi apprises.

Il a organisé ces services comme ils le sont dans notre Ecole dentaire, comme nous avions souhaité qu'ils le fussent depuis que cette école existe, c'est-à-dire en créant deux services distincts : un service d'inspection, un service de traitement ; un service vraiment idéal au point de vue hygiénique et au point de vue professionnel.

Cette organisation est parfaite au point de vue de nos aspirations, de nos revendications. En effet, nous demandons que le dentiste soit chargé directement d'un service, qu'il soit maître de son service, alors que la plupart des administrations le placent sous la direction d'un

service médical, d'un médecin. Actuellement l'armée organise un service dentaire, c'est là un progrès, c'est entendu, mais les dentistes devront traiter les malades sous la direction du médecin-major.

Au contraire, dans l'organisation qu'a préparée M. Lamy — et j'insiste sur ce point — c'est le dentiste qui est chargé du service dentaire, il est autonome. M. Lamy a même été plus loin, il a dit qu'il fallait un chirurgien-dentiste diplômé des écoles dentaires. On demandera peut-être que le chirurgien-dentiste non diplômé des écoles dentaires ait également le droit d'exercer dans les écoles normales.

Je crois que nous ne pouvons pas nous livrer à une discussion puisque nous avons d'autres communications à entendre. Nous pourrons reprendre cette question plus tard, à une prochaine séance, en tenant compte des bons conseils qui nous ont été donnés par M. Lamy pour le succès définitif de cette réforme.

Je crois en terminant être votre interprète à tous en demandant à la Société d'Odontologie de féliciter le ministre de l'Instruction publique et particulièrement M. l'inspecteur général Lamy, de l'heureuse initiative qu'ils ont eue en réalisant une réforme si utile pour le public en général et notre profession en particulier.

M. Lamy. — Je suis très touché des paroles trop aimables que vient de prononcer M. Godon. Je vous prie de ne les accepter, en ce qui me concerne, que sous bénéfice d'inventaire.

Tout le mérite de l'innovation dont je vous ai entretenus revient à l'éminent Directeur de l'Enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique, M. Gasquet, et au ministre éclairé, qui en ont accueilli l'idée avec empressement, dès qu'elle leur a été soumise. On s'est plaint en France que nous manquions d'initiative. Eh bien, pour une fois, permettez-moi de vous faire constater qu'une initiative particulière a été accueillie, encouragée, par les chefs les plus élevés d'un département ministériel. C'est là une constatation réconfortante.

En manière de conclusion, je serais bien ingrat, mesdames et messieurs, si j'oubliais de vous témoigner ma reconnaissance très sincère pour l'attention, j'allais dire la patience, avec laquelle vous m'avez écouté. Je vous l'exprime très cordialement.

M. le président. — Je crois être l'interprète de la Société d'Odontologie en adressant à M. Lamy nos plus vifs remerciements pour la conférence qu'il vient de faire. Qu'il soit assuré que les conseils qu'il nous a donnés seront entendus, et que nous reprendrons cette question à l'une de nos prochaines séances.

III. — Présentation d'un condensateur intermaxillaire, par M. L. Lemerle.

M. L. Lemerle fait la présentation d'un condensateur intermaxil-

laire pour aurification dont la description a été publiée plus haut. (V. p. 49.)

Discussion.

M. Touvet-Fanton. — Je désire demander un simple renseignement à M. Lemerle. Il nous a dit qu'il fait mordre le malade. Lorsqu'on place l'or adhésif, on est bien obligé d'isoler complètement la cavité. Or j'ai peur que, lorsqu'on fait mordre le malade sur la matrice d'étain, la digue de caoutchouc, que nous sommes obligés d'employer, ne se trouve coupée, par le fait qu'elle est placée entre la dent qui fait en quelque sorte marteau et la matrice d'étain qui fait enclume. J'ai peur, je le répète, que les tubercules de la dent ne déchirent la digue de caoutchouc.

L'instrument que M. Lemerle nous présente peut rendre assurément des services fréquents, mais l'inconvénient que je signale ici devant vous doit assez souvent nous occasionner des petits désagréments. Je demanderai donc à M. Lemerle quelques éclaircissements à ce sujet.

M. Francis Jean. — J'adresserai une petite critique à l'appareil de M. Lemerle, c'est la suivante. La force musculaire est très variable chez les individus. Il y a des individus qui ont une force énorme dans leurs muscles. Il y en a d'autres qui en ont peu ou pas du tout. Il y a des gens qui peuvent à peine imprimer leurs dents sur une cire amollie. Il me semble donc que le procédé qui nous est présenté est très empirique.

M. L. Lemerle. — Je répondrai à M. Touvet-Fanton qu'il fait erreur en supposant que l'application de la digue est un empêchement ou même une gêne à l'emploi du condensateur intermaxillaire. En effet, lorsque vous mettez la digue, la dent se trouve isolée et la digue forme à sa partie postérieure une sorte de concavité où tous les instruments dont nous nous servons peuvent évoluer facilement et notamment celui qui nous intéresse en ce moment. Il en est de même du clamp, qui, posé sur une dent permet parfaitement les mouvements de mastication, étant donné que la hauteur du condensateur interposé entre deux dents antagonistes est supérieure à celle de l'arc du cercle que forme le clamp.

Pour répondre à M. Francis Jean, je reconnais avec lui qu'il y a un certain nombre d'individus qui ont une force musculaire masticatoire assez restreinte, mais nous ne trouvons ces gens-là que parmi les vieillards, auxquels nous ne faisons plus généralement d'aurifications. Malgré cela, j'affirme que, dans la majorité des cas, la force musculaire des mâchoires est supérieure à celle que nous pouvons développer avec le bras et cela avec fatigue pour l'opérateur comme pour l'opéré.

Du reste je pense que toutes mes affirmations ne valent pas une démonstration que je me ferai un plaisir de faire à une des prochaines réunions pratiques de la Société d'Odontologie.

IV. — Les cinq mouvements applicables a la mobilisation des dents en orthodontie fixe. Leur application dans les appareils fixes de Calvin Case, par M. de Névrezé.

M. de Névrezé lit une communication sur ce sujet, qu'il accompagne de nombreuses et intéressantes projections. Cette communication sera publiée prochainement.

M. le président. — Dans l'une de nos précédentes séances, M. Henri Villain nous a présenté un cas fort intéressant concernant l'emploi de la méthode d'Angle dans un prognathisme. M. de Névrezé a bien voulu ce soir, à propos d'un autre cas, exposer les résultats qu'il a obtenus par une autre méthode, celle de Case. Je vais laisser à la Société le soin de discuter la valeur respective de ces méthodes. M. de Névrezé me permettra une petite critique au sujet des néologismes qu'il emploie si fréquemment et auxquels notre oreille, ni notre esprit ne sont pas faits.

En raison de l'heure avancée et de l'importance de la question, la discussion de la communication de M. de Névrezé est remise à la prochaine séance, ainsi que la communication de M. Gaudon sur le coryle forum.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

L'UNITÉ PROFESSIONNELLE

PAR

Le diplôme de chirurgien-dentiste obligatoire pour tous : Odontologistes et Stomatologistes.

On a vu dans notre dernier numéro que la Fédération dentaire nationale s'est enfin reconstituée, grâce à l'énergie persévérante et à l'esprit conciliant de son dévoué président Francis Jean.

Les trois écoles dentaires reconnues d'utilité publique : l'École dentaire de Paris, l'École odontotechnique, l'École dentaire de Lyon, marchent maintenant à l'unisson, appuyées sur leurs groupements respectifs avec l'Association de leurs professeurs[1]*. Unies avec la Société odontologique de France et quelques sociétés provinciales, dont le nombre va en augmentant chaque jour, elles poursuivent la réalisation pratique des revendications des odontologistes.*

Cette union nouvelle fait de la F. D. N. le groupement odontologique français le plus important et le plus autorisé par le nombre de ses membres, l'élévation du but qu'il poursuit, la valeur de son action ; aussi peut-on légitimement espérer voir s'ouvrir une ère féconde pour le progrès professionnel.

Déjà on a pu remarquer qu'il y avait quelque chose de changé dans la situation officielle des chirurgiens-dentistes, depuis que l'éminent directeur, M. Mesureur, a assimilé les dispensaires des écoles dentaires recon-

1. Les professeurs des trois écoles dentaires reconnues d'utilité publique se sont réunis le 18 juin et le 23 juillet et ont formé une association qui adhère à la F. D. N.

nues d'utilité publique aux dispensaires de cette administration.

Il a ainsi, dans une certaine mesure, assimilé en même temps au point de vue assistance publique, le personnel professionnel de ces dispensaires au personnel dentaire hospitalier, c'est-à-dire aux dentistes des hôpitaux.

Puis est apparue la circulaire du ministère de la guerre. En décidant la création des services dentaires dans l'armée elle a posé du même coup la question de la situation qu'il faut nécessairement faire aux chirurgiens-dentistes militaires, car, seuls, ils peuvent constituer à leur arrivée au régiment, à 21 ans, les éléments techniques qu'exige l'application de la réforme.

Enfin la circulaire du Ministre de l'Instruction publique créant des services d'inspection et de traitement dentaires pour les écoles normales primaires fait, à son tour, appel au concours des chirurgiens-dentistes pour la première fois aussi directement cités dans un document officiel.

Il en résulte donc que les événements se chargent chaque jour de démontrer davantage, quoi qu'on puisse dire, quoi qu'on puisse faire, l'utilité, la nécessité sociale du chirurgien-dentiste, tel qu'un long usage l'a établi, tel que l'a reconnu la loi de 1892, tel que l'ont fait les écoles dentaires.

Les Commissions officielles l'ont, du reste, compris ainsi lorsqu'elles ont récemment voté le maintien du diplôme de chirurgien-dentiste, confirmant de la sorte les paroles du professeur Bouchard[1] *que nous citions dans un de nos derniers articles et qui écrivait en parlant des chirurgiens-dentistes* « qu'on ne toucherait pas à leurs droits, ni à leur recrutement ; ils garderont leurs écoles et leur diplôme ».

1. Voir l'Enseignement de la Stomatologie dans les Facultés de médecine, Ch. Godon, *Odontologie*, 15 février 1908.

C'est en s'inspirant des mêmes idées qu'elles ont examiné les réformes qu'il convenait d'apporter aux études et aux examens dentaires.

L'union qui vient de se rétablir dans la F. D. N. peut avoir à ce sujet une action tout à fait efficace. Le projet de réformes qu'elle a adopté est celui qui a été élaboré par la Commission formée par le Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France et libéralement composée des confrères les plus qualifiés. Le rapport en avait été confié à deux confrères, MM. Roy et G. Villain, qui se trouvent bien représenter les divers éléments professionnels, puisque, ayant débuté tous deux dans la profession par le laboratoire de prothèse, sortis tous deux de l'École dentaire de Paris dont ils sont diplômés et aujourd'hui membres de son corps enseignant, l'un est docteur en médecine et dentiste des hôpitaux, l'autre est chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris et docteur en chirurgie dentaire de l'Université de Pensylvanie. Ils étaient donc bien qualifiés pour comprendre les réformes que nécessite notre enseignement technique et les défendre.

Les conclusions terminant leur rapport représentent les revendications des odontologistes les plus prochainement réalisables, en même temps que les vœux généraux sur l'évolution souhaitée.

Il est donc probable que l'accueil favorable qui a été fait au projet de réformes dès son apparition va se transformer en une adhésion générale et complète de tous les éléments professionnels, afin de faire masse pour en obtenir enfin l'adoption par les pouvoirs publics assez bien disposés du reste.

Ce projet ne contient rien d'ailleurs qui s'oppose à cette union même avec les éléments les plus éloignés de nous au point de vue doctrinal.

Odontologistes et stomatologistes ne peuvent, autant pour l'honneur de l'art dentaire français que dans

leur propre intérêt, qu'être d'accord sur l'impérieuse nécessité d'élever les études et les examens techniques, puisque le diplôme de chirurgien-dentiste est maintenu, et que l'introduction des éléments de stomatologie dans le programme médical des étudiants en médecine va donner aux partisans du doctorat en médecine la seule satisfaction qu'ils puissent pratiquement espérer obtenir en ce moment.

Nous avons montré dans un article récent[1] *qu'au point de vue du doctorat en médecine pour les dentistes ce projet contenait la meilleure solution de la question si la Commission de médecine et de pharmacie consentait à l'adopter, ce qui est improbable ; mais il contient également un vœu tendant à ce que les docteurs en médecine qui désirent se spécialiser dans l'art dentaire subissent après deux années d'études dans une école dentaire le troisième examen technique et, par suite, obtiennent ainsi, avec le diplôme de l'École dentaire où ils ont fait leurs études odontologiques, le diplôme spécial de chirurgien-dentiste.*

Cette solution, qui a été préconisée par l'Assistance publique de Paris il y a quelques années pour ses concours de dentistes des hôpitaux, a été adoptée volontairement par un certain nombre de docteurs en médecine spécialisés en art dentaire et non des moindres et ce nombre va sans cesse en augmentant. Cette solution est également conforme à l'interprétation adoptée par l'Instruction publique pour désigner le praticien de l'art dentaire. On obtiendrait peut-être difficilement qu'elle soit imposée par la loi aux médecins, mais elle pourrait se généraliser par le simple consentement des docteurs en médecine et elle aurait l'avantage, mieux encore que celle du doctorat en médecine pour les dentistes, d'établir sans loi ni décret nouveaux une unité dans la profession, au moins dans le grade

1. La réforme des études médicales et dentaires par Ch. Godon, *Odontologie*, 30 avril 1908.

aboutissant, ce qui est l'essentiel. Il n'y a pas, en effet, à songer à l'obtenir dans l'origine si variée des dentistes, puisque on trouve, à côté des jeunes gens sortant du collège, d'anciens instituteurs, des fonctionnaires divers, des officiers, des pharmaciens, des médecins, des mécaniciens, etc.

Il ne pourrait y avoir pour s'opposer à l'adoption de cette solution que des esprits sectaires qui, depuis trop longtemps engagés dans la défense d'un sophisme, y restent cantonnés par une aveugle obstination pour l'amour d'une idée dont le mouvement actuel nous semble éloigner chaque jour davantage la réalisation.

Mais heureusement que le nombre en diminue chaque jour, à mesure qu'augmente le nombre de ceux qui comprennent que la paix et l'unité professionnelles ne peuvent se rétablir que par l'adoption d'une solution comme celle que nous préconisons dans cet article. Cette solution, en résolvant les difficultés actuelles et en supprimant le dualisme, respecte à la fois les droits et l'existence des chirurgiens-dentistes et des médecins dentistes. Elle assure enfin à l'art dentaire une constitution solide et durable, en laissant place à l'espérance d'une évolution ultérieure vers un doctorat pour les dentistes, soit en médecine, soit en dentisterie.

Ch. Godon.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN BELGIQUE

La Société belge d'Odontologie, profitant du projet de loi que les sections examinent en ce moment relatif à la réglementation des professions médicales, se propose d'adresser prochainement à la Chambre un mémoire tendant à obtenir une organisation sérieuse de l'enseignement de l'art dentaire en Belgique.

Faut-il que le dentiste de l'avenir soit médecin, ou un enseignement spécial le préparera-t-il mieux pour la profession qu'il doit exercer ? Tels sont les deux côtés du problème, objet de la discussion déjà si longue sur la matière, et il semble que l'opinion du gouvernement penche en faveur de la première de ces solutions. Il paraît croire, influencé par une campagne acharnée et intéressée, que pour former un bon dentiste, il est indispensable que l'étudiant passe sept années d'université à étudier quantité de sujets fort intéressants, très scientifiques, mais n'ayant avec l'art dentaire qu'une relation plutôt éloignée, sauf les quelques leçons cliniques que l'on est, dit-on, sur le point d'organiser à l'Université de Gand.

D'autre part, d'après l'avis non seulement des dentistes belges, mais encore des dentistes du monde entier représentés par leurs délégués, le diplôme de médecin ne confère à ceux qui le possèdent aucune compétence en art dentaire et, par les résultats pratiques, tangibles, que nous avons pu constater journellement, nous pouvons affirmer sans l'ombre d'un doute ou d'une hésitation, qu'il en est absolument ainsi : les médecins-dentistes qui ne se sont point soumis à un apprentissage régulier et à une étude étendue et approfondie de l'art dentaire, constituent sous ce rapport un danger public.

Tels sont les éléments de la question, mis en lumière par la Société d'Odontologie.

D'après le dernier arrêté royal qui règle la matière, il faut être candidat en médecine pour pouvoir obtenir le diplôme de dentiste, c'est-à-dire : 1° être possesseur d'un certificat de fin d'années d'études universitaires ; 2° être candidat en sciences naturelles ; 3° être candidat en médecine ; 4° avoir passé un examen devant une commission spéciale, chargée de délivrer les susdits diplômes.

Il fut un temps où, lisons-nous dans le rapport de la Société, dans le but de restreindre le nombre des années passées sur les bancs de l'Université et trouvant que bien des parties du programme de la candidature en médecine pouvaient être écourtées sans danger pour les élèves dentistes, nous préconisions l'institution d'une candidature en sciences naturelles spéciale et d'une en médecine également spéciale, ne comportant chacune qu'une année de présence à l'Université. Les objections faites à ce système, les énormes dépenses qu'il nécessiterait et les difficultés d'application qu'il présenterait, nous ont paru

des obstacles sérieux et nous nous sommes rangés à la solution fixée par l'arrêté royal de 1896 admettant, malgré la période de temps énorme qu'elle comporte, les deux candidatures telles qu'elles sont instituées dans nos établissements d'enseignement supérieur.

Seulement, nous voudrions les voir compléter, pour les futurs dentistes, par des cours théoriques et pratiques de prothèse dentaire.

La Fédération dentaire internationale conseille un apprentissage manuel avant toute étude spéciale et préconise ensuite un programme théorique et pratique se développant pendant une durée de quatre années. Ces études se divisent en deux parties : *a*) branches scientifiques et médicales ; *b*) branches dentaires spéciales.

Or, la Fédération dentaire internationale, conclut le rapport, est l'expression la plus autorisée du monde dentaire entier, plus compétent en la matière que tout autre, et l'avis qu'elle émet de la sorte a une valeur réelle indiscutable. C'est donc dans cet esprit que la Société d'Odontologie va s'adresser au Parlement.

(Extrait du journal belge *La Dernière heure*, du 9 mars.)

RESTRICTION DE L'EXERCICE DE LA DENTISTERIE PAR DES COMPAGNIES DENTAIRES

Un projet de loi a été présenté à la Chambre des Lords d'Angleterre pour interdire l'exercice de la médecine aux Compagnies médicales et restreindre l'exercice de la dentisterie par des Compagnies dentaires. Une Commission a été chargée de l'étudier et elle a procédé à une longue enquête pour prendre l'avis d'hommes compétents.

Elle a entendu entre autres M. William Paterson, président en 1907 de la British Dental Association, MM. Dolamore, Matheson, membres de la B. D. A., M. Callender, président de la Société des opérateurs dentaires et des mécaniciens-dentistes, MM. Albert, Bradley, dentistes, le président d'une fabrique de fournitures dentaires, le secrétaire de la Société des extracteurs et poseurs de dents, etc.

On sait que la B. D. A. est entièrement opposée à l'exercice de l'art dentaire par les Compagnies dentaires et elle a voté l'an dernier à Cardiff la résolution suivante : « L'Association considère l'exercice de la dentisterie par des Compagnies comme inutile et critiquable au point de vue des intérêts du public, comme nuisible à la profession et estime qu'aucune loi en cette matière ne donnera satisfaction à l'Association si elle n'interdit pas totalement cet exercice, que les membres de ces Compagnies soient enregistrés ou non. »

La publication de cette enquête occupe un fort volume in-8° qui peut être consulté avec intérêt par ceux que cette question préoccupe.

Nous publions sans commentaires le factum suivant, distribué récemment dans une réunion de médecins. Nous y reviendrons.

RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

L'ART DENTAIRE AUX MÉDECINS

Par le Dr CHOMPRET.

Le Congrès des Praticiens devant s'occuper de l'intérêt des médecins comme de celui des malades, nous croyons bon de lui demander d'aborder un instant la question de *la réforme des Etudes dentaires* qui intéresse chacun de nous, ainsi que nous voulons le démontrer rapidement.

Disons tout de suite que nous réclamons *que le dentiste soit médecin* et donnons-en les raisons :

Utilité pour les malades.

Le malade qui vient consulter un spécialiste, stomatologiste ou dentiste, demande avant tout à être soulagé ; il désire ensuite que le traitement institué ne puisse lui nuire et qu'on lui évite toute complication morbide ; enfin il souhaite que les soins lui soient donnés selon les règles de l'art, au mieux de ses intérêts.

Le médecin seul, connaissant la pathologie générale, sera à même de poser un diagnostic précis et un pronostic assuré ; il maniera, en connaissance de terrain, sa thérapeutique, soulagera son malade et sera armé en regard des complications de toutes sortes pouvant survenir, pour une cause ou une autre, à la suite de l'affection bucco-dentaire qu'il entreprend de traiter.

Le dentiste actuel voit toutes ses études dirigées sur la dent ; n'ayant pas de connaissances médicales générales, il ne peut comprendre entièrement les phénomènes physiologiques ou pathologiques en présence desquels il se trouve : l'étiologie, la prophylaxie, l'évolution des affections bucco-dentaires lui échappent. Sa thérapeutique est aveugle, elle peut devenir *dangereuse*.

Aujourd'hui un enfant de quinze ans peut avoir son certificat d'enseignement secondaire ; trois ans plus tard il a fini sa scolarité dentaire, subi ses examens à la Faculté de médecine ; il est chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine... pour tout le monde, pour lui surtout, il est M. le docteur...

Comment admettre que ce jeune homme, un enfant de dix-huit à dix-neuf ans, ait le droit légal d'employer toute la thérapeutique, tous les anesthésiques, même le chloroforme, absolument comme s'il avait fait des études médicales complètes ? *Avant d'avoir l'âge de responsabilité légale, il a le droit légal de vie et de mort sur ses semblables.*

Nous pouvons donc avancer que ce dentiste peut être dangereux et qu'il est utile que le malade ne soit pas trompé sur la valeur scientifique de l'homme auquel il va s'adresser, sur la foi du diplôme, ne sachant

2e Congrès des Praticiens, Lille, juin 1908.

point si vraiment il a affaire à un docteur en médecine ou à un dentiste qui se fait appeler ou se laisse appeler docteur. Il est donc bon pour le patient, pour le malade, d'être soigné par un médecin dont le passé scientifique et l'âge soient une garantie de savoir.

Le médecin, autant que le dentiste, peut devenir un habile technicien, et son devoir comme son intérêt sont d'apprendre la partie manuelle de sa profession ; pas plus que le laryngologiste, l'oculiste, etc., ses études antérieures de médecine lui ayant donné le sentiment de sa responsabilité, il ne lui viendra à l'idée de s'installer sans avoir appris sa spécialité ; il réussira d'ailleurs d'autant mieux et son succès sera d'autant plus durable qu'il connaîtra profondément sa technique. Le malade sera donc toujours soigné au mieux de ses intérêts et, en tout cas, avec le médecin, le patient n'aura pas à craindre de tomber entre les mains d'un praticien ignorant du terrain sur lequel il opère, et désarmé en face de toute complication morbide extra-dentaire.

Utilité pour les médecins.

Un docteur en médecine a le droit de soigner toutes les maladies et de faire toutes les opérations (Bouchard), aussi est-il inadmissible qu'on lui interdise (ainsi que le voudraient les chirurgiens-dentistes) de soigner la bouche et les dents d'un patient quand on l'autorise à soigner tous les autres organes du même individu.

Le médecin a toute utilité à connaître les maladies de la bouche et des dents, qui sont le point de départ de tant d'affections para-buccales ou même générales.

En face de la pléthore, de l'encombrement médical, *le praticien a tout intérêt à ce qu'aucune branche de la médecine ne soit distraite de son domaine,* ainsi que le réclament certains spécialistes (dentistes, radiographes, etc.).

Le nombre de personnes souffrant de la bouche est innombrable : les soins d'hygiène se répandant partout, le nombre de patients s'adressant au spécialiste augmente chaque jour. C'est là un champ extrêmement vaste ouvert aux activités médicales ; plus de 600 médecins l'ont déjà compris et exercent aujourd'hui la stomatologie en France : mais il reste environ 3.500 dentistes qui, dans l'avenir, au fur et à mesure de leur disparition, devront être remplacés par autant de médecins.

Il est utile aux médecins que leur diplôme obtenu par des études longues et laborieuses ne soit pas confondu avec celui du chirurgien-dentiste qui, sans baccalauréat, sans études approfondies, peut être délivré avant l'âge de vingt ans !

Le premier Congrès des praticiens n'a-t-il d'ailleurs point voté un vœu comprenant la suppression pure et simple de tous les diplômes spéciaux ? Serait-il donc fait exception pour les seuls chirurgiens-dentistes ?

La médecine aux médecins, telle doit être notre devise.

Utilité pour les dentistes.

Les dentistes se plaignent eux-mêmes de pléthore professionnelle et veulent rendre leurs études plus difficiles.

Ils se rendent compte que la non-obligation d'un diplôme supérieur au commencement des études dentaires fait que les Ecoles dentaires sont en général le refuge de tous les ratés du baccalauréat, et qu'il en résulte non seulement l'*encombrement,* mais un *discrédit moral* de toute la profession.

Pour obvier à cela ils demandent : 1° le baccalauréat ; 2° un stage pré-scolaire de deux ans dans un laboratoire de prothèse ; 3° trois années d'études dans une école dentaire ; 4° des examens plus sévères à la Faculté de médecine.

Les futurs chirurgiens-dentistes verront que de cette façon il leur faudra — après leur baccalauréat — un minimum de *cinq années* d'études pour obtenir un diplôme qui sera toujours inférieur à celui de docteur en médecine, puisqu'il ne leur permettra point de sortir de la région gingivo-dentaire ; ils préféreront suivre les études médicales complètes, et en cours d'études se spécialiser, suivre les cliniques dentaires des hôpitaux, fréquenter les cours complémentaires d'Ecoles dentaires de perfectionnement, etc. C'est ainsi qu'après cinq ou mieux six années d'études ils deviendront de parfaits stomatologistes, médecins de par l'Ecole de médecine, praticiens de par l'hôpital et les cliniques ou écoles particulières.

Ainsi sera endiguée la pléthore ; ainsi disparaîtra le discrédit attaché au dentiste ; ainsi se fera l'union entre toutes les branches de la grande famille médicale.

Utilité pour la Faculté de médecine.

La Faculté délivrant aujourd'hui le grade de chirurgien-dentiste encourt une *grave responsabilité morale*, puisqu'elle donne au public la garantie d'une science, d'un art qu'elle ne professe pas, qu'elle semble ignorer.

Elle admet, ainsi que nous le disions plus haut, de donner à des jeunes gens qui n'ont pas l'âge de la responsabilité légale le droit légal d'employer les armes les plus dangereuses pour la vie humaine, celles de la thérapeutique et de l'anesthésie.

Il est utile pour le bon renom de la Faculté de médecine que cet ordre de choses change entièrement : que des cours de stomatologie comme des cours d'autres spécialités soient professés sous l'égide de la Faculté, soit dans ses locaux personnels, soit dans ceux que lui prête l'A. P. et que désormais seuls des médecins conscients de leur responsabilité, parce qu'ils en connaîtront tous les degrés, aient le droit d'exercer une branche quelconque de la médecine.

Les Facultés de médecine ont un intérêt pécunier à voir les spécialistes pour les maladies de la bouche et des dents, s'inscrire chez elles plutôt que de porter leurs inscriptions à des Ecoles dentaires libres : elles trouveront là les ressources nécessaires à l'organisation des travaux pratiques de dentisterie qui lui manquent en particulier pour pouvoir former les stomatologistes de l'avenir.

HYGIÈNE

A PROPOS DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE

A propos du mouvement qui se dessine et semble devoir aboutir à l'introduction des chirurgiens-dentistes dans l'armée, voudrez-vous — si l'occasion s'en présente — rappeler qu'il y a bien longtemps déjà — c'était quelques peu d'années après la création de l'école, j'avais fait, avec la collaboration de notre pauvre et regretté Dubois, une demande au Ministère de la Guerre en vue d'organiser un service dentaire dans l'armée. Nous en avions parfaitement établi la possibilité au moyen de nos diplômés déjà répandus par toute la France, etc. — Quoique secondé par mon vieil ami le Dr Didiot, alors directeur du Val-de-Grâce, nous n'obtinrent du ministre d'alors (?) qu'une réponse contenant : des remerciements, mais en même temps l'assurance que ce service était très suffisamment assuré par le personnel existant ! — Et il nous fallut en rester là.

C'est un petit, bien petit état de service que je remets en lumière, mais qui témoigne au moins de la volonté de bien faire — et aussi de la difficulté d'y arriver.

E. Pillette.

DISPENSAIRES DENTAIRES

Dans une note sur ce sujet présentée par M. Ironside à la Société des étudiants de l'hôpital royal dentaire de Londres, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° La profession doit approuver la création de ces dispensaires quand elle repose sur des principes convenables ;

2° Les Ecoles dentaires doivent employer leur influence pour favoriser la création de ces dispensaires par leurs anciens élèves dans les villes et bourgs auprès de chaque Ecole ;

3° Ces dispensaires doivent être rattachés à l'une des Ecoles dentaires, enregistrés par elle et considérés comme une de ses annexes ;

4° Un règlement général relatif à la direction peut être édicté par l'Ecole dentaire, mais les détails, y compris les honoraires, doivent être laissés au dentiste lui-même ;

5° Chaque dispensaire doit avoir comme dentiste consultant un des

membres du corps enseignant de l'Ecole. Les cas difficiles seraient envoyés à l'Ecole à ce praticien ;

6° Les anesthésiques seraient toujours administrés par un médecin ou un médecin-dentiste ;

7° Les honoraires seraient peu élevés, fixes et uniformes pour tous les dispensaires affiliés à l'hôpital ;

8° Chaque dispensaire doit souscrire au profit de son hôpital ;

9° Tout dispensaire qui n'est pas dirigé comme il convient doit être rayé du registre ;

Les propositions qui précèdent présentent les avantages suivants :

Ces dispensaires assureraient davantage de soins dentaires, car les Ecoles dentaires ne suffisent pas à donner 1 o/o des soins nécessaires.

Ils seraient ouverts le soir et les pauvres pourraient les fréquenter.

Les pansements et obturations seraient faits aux dispensaires et les Ecoles dentaires se consacreraient ainsi aux travaux difficiles : redressements, maladies des maxillaires, des gencives, des sinus, etc., à la prothèse restauratrice des maxillaires, obturateurs, bridges, etc. Les couronnes, les aurifications et inlays seraient de pratique journalière.

Les cas chroniques ou les cas exigeant un traitement long seraient réservés aux dispensaires.

Les Ecoles fournissant à leurs dispensaires des formules imprimées, on pourrait établir une statistique des cas de pyorrhée, d'érosion, etc.

Le public apprendrait à mieux se servir de la brosse à dents et à mieux connaître l'hygiène dentaire. L'Ecole dentaire fournirait à ses dispensaires des brochures imprimées destinées aux patients.

(*Dental Record*, fév. 1907.)

GROUPEMENT

DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

NOTE

relative aux démarches faites par la délégation du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris (Association générale des dentistes de France, Société d'Odontologie de Paris, Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris).

Pour l'obtention de la croix de la Légion d'honneur pour M. Léon Delair.

Conformément à l'ordre du jour adopté par la Société d'Odontologie de Paris à sa séance de novembre 1907, une délégation composée du président de l'Association générale des dentistes de France, M. Francis Jean, du président de la Société d'Odontologie de Paris, M. Touchard et du président du Groupement, président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. Godon, fut constituée pour entreprendre, au moment favorable qui lui serait indiqué, les démarches dont elle était chargée.

Cette délégation s'était, une première fois, rendue au Ministère de l'Intérieur le lundi 23 décembre 1907, accompagnée par M. le sénateur P. Strauss qui, sur la demande que lui avait adressée M. Godon, avait obtenu pour la délégation, à laquelle il avait accepté de se joindre, une audience spéciale de M. Clemenceau.

La démarche n'ayant pas donné le résultat attendu, malgré les espérances que les paroles de M. Clemenceau avait fait concevoir, la délégation décida de la renouveler.

M. Godon fit pour la seconde fois appel à l'obligeance de M. P. Strauss qui accepta volontiers de solliciter une nouvelle audience du Ministre de l'Intérieur et d'accompagner la délégation au Ministère. Il obtint cette audience pour le vendredi 26 juin; elle fut remise successivement au lundi 29 juin et enfin au vendredi 3 juillet par suite des circonstances politiques, mais M. Strauss se trouva malheureusement empêché de venir au Ministère au dernier moment.

Sur son intervention et à la prière de M. Godon, M. Chautemps, sénateur et membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, voulut bien remplacer M. Strauss et se rendre au Ministère avec la délégation.

Les délégués, auxquels s'était joint M. Viau, vice-président de la Fédération dentaire nationale, furent présentés par M. Chautemps au président du Conseil qui leur déclara se rappeler leur première démarche. M. Godon fit connaître les différents titres de M. Delair à la distinction demandée pour lui, les services qu'il a rendus à l'enseignement odontologique comme professeur de prothèse restauratrice et

à l'Assistance publique comme prothésiste par la construction de ses appareils si ingénieux et si utiles pour les mutilés, présentés pour la plupart à la Société de chirurgie de Paris.

M. Godon présenta diverses pièces justificatives de son dossier, ainsi qu'un album contenant les photographies et radiographies de ses divers opérés et de leurs appareils.

MM. Francis Jean, Touchard, Viau et Chautemps insistèrent de leur côté sur l'ingéniosité de ces appareils, leur utilité et l'importance des services rendus par M. Delair et par l'Ecole dentaire.

M. le président du Conseil parut vivement intéressé par toutes les explications qui lui furent données et posa plusieurs questions à la délégation. Il se fit remettre le nouveau dossier de M. Delair et promit de faire son possible pour comprendre M. Delair dans le prochain mouvement, malgré le nombre considérable de candidats.

Paris, le 12 juillet 1908.

Le président de l'Association générale des dentistes de France, président de la Fédération dentaire nationale,
FRANCIS JEAN.

Le président du Groupement, président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris,
CH. GODON.

Le Président de la Société d'Odontologie de Paris,
F. TOUCHARD.

Le vice-président de la Fédération dentaire nationale,
G. VIAU.

UN MOYEN D'ENRICHIR NOTRE MUSÉE

Rapport présenté par F. LEMAIRE, *conservateur du Musée, au Conseil de direction.*

Notre musée renferme des pièces anciennes de toute nature intéressantes pour l'histoire de l'évolution de l'art dentaire. Malheusement les pièces modernes sont trop peu nombreuses. C'est là une lacune regrettable qu'il importe de combler, surtout lorsqu'il s'agit d'enseignement. Les élèves s'intéressent surtout à l'outillage, à l'instrumentation modernes. Ce qui est tout naturel puisqu'ils seront demain lancés dans l'exercice de la profession.

Il m'a semblé qu'il était possible de s'adresser à la générosité des membres du Groupement qui viennent présenter des instruments nouveaux, des pièces intéressantes à la Société d'Odontologie et de formuler les articles suivants pour répondre à ce défaut.

I. — L'Ecole accepte avec reconnaissance les pièces, appareils ou instruments nouveaux présentés à la Société d'Odontologie.

II. — Les dons doivent être confiés au président de la Société ou à son remplaçant.

III. — Ils sont transmis par la voie administrative au conservateur du musée qui remercie le donateur et les classe dans le musée.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

Siège social: 28, rue Serpente, Paris.

Monsieur et cher confrère,

La Fédération dentaire nationale est aujourd'hui le groupement le plus autorisé tant par le nombre que par la valeur de ses adhérents (qui sont les délégués des sociétés dentaires) pour représenter les dentistes français dans toutes les circonstances où leurs intérêts moraux ou scientifiques l'exigent. Elle se trouve ainsi centraliser tous les desiderata professionnels.

Les deux réunions de cette année ont augmenté chaque fois d'importance, et le nombre des adhérents s'accroît encore actuellement. Les questions discutées sont d'un ordre exclusivement général et les délégués de chaque groupement, qui conserve son autonomie absolue, formulent en toute indépendance leurs observations dont il est tenu compte.

C'est ainsi que le rapport Roy-Villain, sur les réformes des études dentaires, a été discuté et finalement adopté à une grande majorité.

Une délégation a été nommée pour faire les démarches nécessaires en vue de faire aboutir la réalisation de ces réformes.

Le but d'élévation professionnelle, poursuivi par la Fédération, ne peut échapper à personne, elle trouvera satisfaction dans la réalisation de ces réformes et un grand nombre de jeunes praticiens verront en même temps, par l'adoption des cinq années d'études au lieu de trois, mettre un frein à la pléthore tant déplorée par eux.

Le comité d'organisation du Congrès international de Berlin en 1909 a manifesté le désir que les dentistes français prennent part à ce Congrès et a chargé la F. D. N. de constituer un comité de propagande.

Dans la dernière réunion un comité important, formé d'éléments pris dans chaque groupement, a été nommé à cet effet.

La souscription Miller pour la création d'un prix international est, de son côté, en excellente voie ; le montant des souscriptions, qui s'élève aujourd'hui à 4.795 francs, indique suffisamment l'accueil fait au patronage de la F. D. N. dans cette circonstance de commémoration.

Telles sont les principales questions qui ont été l'objet de l'examen et de l'étude de la F. D. N. cette année jusqu'à présent. D'autres seront abordées à la prochaine réunion.

Nous comptons donc sur vous, monsieur et cher confrère, pour attirer l'attention de votre société sur les questions qu'elle jugerait bon d'indiquer à la F. D. N. qui a pour base exclusive la solidarité professionnelle.

Nous espérons que vous ne manquerez pas d'assister à l'assemblée générale qui aura lieu au mois d'août prochain à Clermont-Ferrand, en profitant de votre participation scientifique à la section d'Odontologie du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

L'ordre du jour de cette assemblée, qui se tiendra au Lycée, le mardi 4 août, à 6 heures du soir, sera le suivant :

1° Procès-verbal ;
2° Correspondance ;
3° Adhésions nouvelles : (1° Association des dentistes de l'Est ; 2° Association des professeurs des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique) ;
4° Examen du programme de la F. D. I. (Session de Bruxelles) ;
5° Vœu relatif à la réunion de la F. D. I., en 1909.
6° Proposition de revision des statuts de la F. D. N. ;
7° Questions et propositions diverses.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Président,
FRANCIS JEAN.

COMPTES RENDUS DE LA F. D. I.

Session d'Amsterdam (août 1907).

M. Schäffer-Stuckert, secrétaire adjoint du Conseil exécutif de la F. D. I., vient de publier en un volume de 114 pages le compte rendu de la session d'Amsterdam de la F. D. I. (8, 9 août 1907). Ce volume, qui comprend des documents en trois langues : allemand, anglais, français, contient la liste des membres, les commissions, les gouvernements, fédérations et sociétés représentés, les statuts et règlement, le programme de la session, la séance d'ouverture avec les discours prononcés et rapports présentés, et la 2e séance avec la réunion du Conseil exécutif. Une deuxième partie contient les résolutions adoptées et diverses communications, ainsi que les rapports des Commissions.

Il comprend également le programme des questions qui seront discutées à Bruxelles (V. *L'Odontologie* du 15 juillet 1908, p. 40).

CONGRÈS DE CLERMONT-FERRAND

Section d'Odontologie (A. F. A. S.)

PROGRAMME GÉNÉRAL

Lundi 3 août. — Matin, séance générale d'ouverture. — Déjeuner offert par le Comité local d'organisation au Bureau de l'Association et aux Savants étrangers. — Après-midi, séances des sections. — Soir, réception par la municipalité et le Comité local.

Mardi 4. — Matin, séances des sections. — Après-midi, séances des sections, visites scientifiques et industrielles. — Soir, conférence de Sir William Ramsay : *Les gaz récemment découverts dans l'atmosphère et leurs relations avec le Radium.*

Mercredi 5. — Matin, excursion au Puy-de-Dôme. — Après-midi, séances des sections. — **Célébration du Centenaire de l'École de médecine.**

Jeudi 6. — Excursion générale : Thiers. — La Vallée de la Durolle. — La Vallée de la Dore. — Le Barrage et l'Usine électrique de Sauviat.

Vendredi 7. — Matin, séances des sections. — Après-midi, séances des sections, visites scientifiques et industrielles. — Soir, conférence de M. Ph. Glangeaud, professeur de géologie à la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand : *Les volcans d'Auvergne. Leurs caractères, leur genèse, leur évolution.*

Samedi 8. — Matin et après-midi, séances des sections ; à 4 heures, assemblée générale de clôture.

Dimanche 9, Lundi 10 et Mardi 11. — 1er jour. (*a*) En chemin de fer : Clermont, Royat, Volvic, Pontgibaud, Laqueuille. (*b*) En voiture : Saint-Sauves, la vallée de la Dordogne, la Bourboule. Déjeuner. — La Roche-Vendeix, la route de Latour, le Mont-Dore. Dîner et coucher. — 2e jour. Le matin : Ascension du pic de Sancy : en voiture jusqu'au pied. (Anes et chevaux pour faire l'ascension.) Le soir : Visite de l'Etablissement. Excursion au lac de Guéry, Roches Tuilière et Sanadoire, Val de Chausse. Dîner et coucher au Mont-Dore. — 3e jour. En voiture : Le col de Diane, Chambon et son lac, Murols et son château, Saint-Nectaire, Champeix, Perrier et ses grottes, Issoire. Retour à Clermont en chemin de fer.

CORRESPONDANCE

Lettre adressée par M. Delair à M. Pinèdre, secrétaire de la rédaction des « Tablettes odontologiques » de Bordeaux.

Paris, 15 juin 1908.

Mon cher confrère,

Je lis dans les *Tablettes odontologiques* un article de vous, où après avoir qualifié de victimes quelques membres de l'Ecole, vous me sacrez moi-même martyr.

Je regrette infiniment que, voulant innocenter quelques-uns, vous croyiez devoir mêler mon nom au leur, dont, en ma qualité de pacifique, je ne puis approuver les écarts de parole et de geste. J'ai été fort malmené, cela est vrai, à une époque où j'avais cru que mes fonctions de président me faisaient un devoir de tâcher de réconcilier les deux partis odontologiques ; je n'ai pas réussi et l'ai profondément regretté. Depuis, rentré dans le rang, j'entends y rester sans que mon nom serve de bouclier à personne, ni soit mêlé à aucune dissension professionnelle, que je réprouve d'ailleurs surtout au moment où plus que jamais les dentistes ont besoin de s'unir.

Aussi ne puis-je, sans protester, vous laisser dire que l'Administration de l'Ecole me chambre vite après que mes travaux personnels lui ont apporté du vernis. Tout au contraire, les administrateurs du Groupement de l'Ecole, de l'Association générale, de la Société d'Odontologie dans une réunion, le 5 novembre dernier, avaient reçu mandat de faire en commun auprès des pouvoirs publics une démarche en ma faveur pour l'obtention de la distinction demandée pour moi par l'Association en 1905. Cette démarche a été faite le 23 décembre au Ministère de l'Intérieur par MM. Godon, Francis Jean, Touchard, directeur, professeurs et administrateurs de l'Ecole, présidents des trois sociétés adhérentes au Groupement. Présentés à M. le Président du Conseil par M. Strauss, sénateur de la Seine, membre du Comité de patronage de l'Ecole et vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, ces messieurs ont reçu l'assurance que suite serait donnée à leur demande sitôt la constitution d'un dossier en ma faveur,ce qui fut fait après leur visite.

Ignorant ces faits, que je me fais un devoir de vous faire connaître, vous avez pu croire que nos sociétés n'avaient pas accompli leur mandat (*Odontologie*, 15 décembre 1907) ; vous voyez au contraire qu'elles l'ont fait. J'ajouterai qu'une nouvelle visite sera prochainement faite par les mêmes délégués.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir insérer ma lettre et vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

L. Delair.

NOUVELLES

Association des professeurs des Écoles dentaires.

Sur l'initiative de M. Siffre, un Comité provisoire s'était formé pour provoquer la constitution d'une société ayant pour but de réunir les professeurs des trois écoles dentaires reconnues d'utilité publique en vue d'établir entre eux des liens plus intimes et de défendre,le cas échéant, leurs intérêts.

A l'appel de ce Comité, composé de MM. Barden, Delair, Franchette, Francis Jean, Guillot, Pont, Roy, Siffre, Vichot, tous les professeurs des écoles répondirent avec empressement, et tinrent une première réunion à l'École odontotechnique, réunion dans laquelle ils chargèrent le Comité d'initiative d'élaborer un projet de statuts.

Le 23 juillet dernier, une nouvelle assemblée se tint à l'École dentaire de Paris et la Société, après adoption des statuts, fut définitivement constituée sous le nom d'*Association des Professeurs des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique.* Conformément à ses statuts elle nomma, pour former son Conseil d'administration, trois membres pour chacune des écoles reconnues d'utilité publique ; furent élus :

MM. Delair, Francis Jean, Roy pour l'Ecole dentaire de Paris ; MM. Barden, Franchette, Siffre pour l'Ecole odontotechnique ; MM. Ravet, Soulard, Vichot pour l'Ecole dentaire de Lyon.

Ce Conseil choisira son bureau qui, statutairement, doit être constitué de telle sorte que les différentes écoles s'y trouvent représentées et que la présidence passe successivement à un professeur appartenant à chacune de celles-ci.

Nous souhaitons avec plaisir longue vie et prospérité à cette Société qui établira entre le Corps enseignant des différentes écoles des liens plus étroits qui ne pourront avoir que les meilleurs résultats pour tous.

Légion d'honneur.

Nous apprenons avec plaisir la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de MM. Grimaud, professeur à l'Ecole odontotechnique et le Dr Gayral, représentant des Syndicats médicaux et dentaires au Conseil supérieur de la Mutualité.

Nous apprenons également la nomination de M. le Dr Tapret,

médecin de l'hôpital Lariboisière, dont nos élèves suivent le service, au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. Léonce Girod, chirurgien-dentiste, à Lézignan, diplômé de l'École dentaire de Paris, avec Mlle Thérèse Bax, qui a eu lieu le 21 juillet, et le mariage de M. Louis Chavanne, chirurgien-dentiste à Firminy (Loire), avec Mlle Yvonne Laurnage.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Service dentaire dans la Garde républicaine.

Un service dentaire a été créé dans la Garde républicaine, à la caserne des Célestins. Il est assuré par un chirurgien-dentiste D. E. D. P. et fonctionne sous la direction du médecin-major.

Congrès d'hygiène scolaire.

Le 3e Congrès international d'hygiène scolaire aura lieu à Paris du 29 mars au 2 avril 1910 sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique. Il y sera annexé une exposition internationale d'hygiène des écoles et de l'éducation.

L'Ecole dentaire de Paris et la Société d'Odontologie de Paris prendront part à ce Congrès.

Nomination.

M. André, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé dentiste de l'Ecole normale de Versailles.

28e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

INDICATIONS DES INLAYS CÉRAMIQUES ET MÉTALLIQUES

Rapport présenté au Congrès de l'A. F. A. S.

(*Section d'Odontologie*, Clermont-Ferrand, août 1908.)

Par M. FRANCIS JEAN,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'insuffisance de nos diverses matières obturatrices préoccupe constamment les praticiens soucieux des progrès de leur art. Leurs observations les ont amenés à restreindre considérablement l'emploi exclusif des matières métalliques ou plastiques, et à appliquer à la restauration des dents cariées des procédés spéciaux dont les résultats sont à la fois plus durables et plus esthétiques, bien souvent même dans des cas presque désespérés.

Nous reprochions à l'aurification ses inconvénients thermiques dans les dents à pulpe vivante ; sa longueur d'exécution, avec l'or cohésif, dans des restaurations compliquées ; l'impossibilité de son emploi dans des organes de structure ou de vitalité trop délicates, et son défaut d'esthétique dans les cas apparents. Néanmoins c'est encore l'obturation de choix qui donne le plus de satisfaction quant à la durée et à la solidité, alors qu'elle est judicieusement indiquée et exécutée.

L'amalgame présente également son contingent de dé-

fauts, inconvénients thermiques et galvaniques, inélégance en fait d'esthétique, son oxydation et la coloration des dents qui le supportent. Mais le reproche le plus grave, de l'avis unanime, est sa rétractilité, qui favorise les fractures des parois de la cavité, si la préparation de celle-ci n'a pas été scientifiquement faite, et enfin des récidives de caries. Il faut cependant considérer qu'il est très résistant aux efforts mécaniques et aux actions chimiques buccales.

Les ciments les meilleurs s'usent et se dissolvent dans des proportions variables avec le milieu buccal, suivant les réactions salivaires individuelles. Cependant le ciment satisfait l'esthétique mieux que le métal, bien que très éloigné encore du résultat désiré ; mais peu de temps après son exécution et longtemps avant qu'il soit nécessaire de la renouveler, la réduction de cette obturation fait un très mauvais effet en donnant à nouveau, par le vide qui en résulte, l'illusion d'une carie. D'autre part, si l'on attend trop longtemps pour le refaire, la carie peut récidiver ; en tout cas à chaque réfection la cavité cariée sera agrandie. Enfin cette réfection plusieurs fois répétée amène souvent la disparition totale de la couronne ; le pivot ou la coiffe d'or est le résultat final des obturations par le ciment. En outre, le ciment n'est pas toujours une obturation aseptique, et qui sait si sa dissolution n'est pas l'œuvre de micro-organismes ? Sur cette question on pourrait donner la parole au chimiste.

Ces reproches néanmoins ne doivent pas nous faire négliger ses immenses avantages, qui s'expliquent par l'adhésivité de ce produit aux parois dentaires, et l'on peut dire que c'est une excellente matière occlusive.

La gutta peut être considérée comme une bonne obturation temporaire, d'application facile, en général de courte durée vu son usure rapide, lorsqu'elle siège dans les régions accessibles et qu'elle doit supporter quelque effort mécanique (mastication ou usage de la brosse).

Bien que tous ces produits judicieusement appliqués aient rendu et doivent rendre encore d'immenses services en dentisterie, il n'en est pas moins vrai que les efforts de

l'ingéniosité d'un certain nombre de praticiens ont permis de s'approcher sensiblement de la perfection en imaginant l'obturation par les blocs céramiques et métalliques cimentés, dont la technique a été constamment perfectionnée depuis plus de 15 années, si l'on consulte les revues françaises et étrangères.

Les INCRUSTATIONS DE PORCELAINE sont obtenues par deux procédés :

1° *Le bloc taillé* dont les principales méthodes ont été préconisées par Dall, Geoffroy, B. Mitchell. Elles consistent à préparer spécialement une cavité dentaire dans laquelle un morceau de porcelaine de teinte choisie sera ajusté à la meule de carborundum, puis fixé au moyen de ciment ; après durcissement de celui-ci, le bloc de céramique est façonné, égalisé, nivelé et poli au moyen de meules, de carborundum, de pierre d'Arkansas, etc.

Le procédé du bloc taillé de Dall présente les inconvénients suivants : il oblige à un sacrifice souvent trop considérable de tissu sain pour le calibrage de la cavité avec des fraises *ad hoc;* en outre, si la cavité offre une étendue importante, les contours de cette cavité, puisqu'il faut l'amener à la forme cylindrique, ne permettront pas un ancrage complet sur deux points s'éloignant du centre pour venir affleurer les bords cavitaires médians ou distants. On peut donc conclure que ces systèmes ne sont applicables que pour les petites cavités ou celles dont les bords circulaires sont à peu près sur le même plan.

2° *Le bloc fondu* à haute ou moyenne fusion est incomparablement plus logique, élégant, artistique et rationnel en fait d'application. Après la préparation scientifique de la cavité, basée sur des principes de mécanique, l'empreinte en creux de cette cavité de dépouille est prise directement au moyen d'une feuille mince de platine ou d'or fin estampée par pression progressive avec du coton ou de l'amadou. Le platine est indispensable pour la porcelaine à haute fusion (environ 1100°), l'or sera suffisant pour la moyenne fusion (8 à 900°).

Pour la fabrication du bloc de céramique, on peut procéder indirectement grâce à une reproduction par moulages au moyen de laque spéciale, de Stents, ou de composition plastique analogue. Ce dernier mode de faire ne peut pas donner les mêmes résultats que le premier, c'est incontestable ; il offre seulement l'avantage d'imposer moins de travail à l'opérateur, mais la différence des résultats mérite la faveur que nous accordons au premier. De plus, nous ne voyons pas la nécessité d'employer la haute fusion parce que les pâtes fusibles à plus basses températures, celles de Jenkins notamment, nous donnent toute satisfaction et que les reproches de décoloration qui leur ont été adressés ne se justifient que par des cuissons mal conduites et, par suite, mal réussies. D'autre part, le platine n'offre pas la malléabilité de l'or et ne se prête pas à l'estampage délicat qu'on obtient avec ce dernier métal. Avec le procédé du bloc de céramique fondu les cavités peuvent affecter toutes les formes possibles : l'essentiel est que le fond de ces cavités soit plat et leurs bords parfaitement réguliers et polis ; leur rétention est renforcée au moyen de rainures pratiquées en sens opposés pour la fixation au moyen de ciment ; préalablement la cavité aura été elle-même munie de rainures rétentives. La partie de ces blocs en contact avec le milieu buccal doit rester vernie par le feu, vernissage dont l'effet est des plus heureux pour l'esthétique, en même temps qu'il est salutaire à l'asepsie. A cause de ses qualités isolantes la céramique est une matière des plus précieuses pour l'obturation des caries du deuxième degré avancé.

Les INCRUSTATIONS EN OR COULÉ comportent deux méthodes :

1° *Le procédé de l'empreinte en creux* comprend comme pour la céramique une première phase identique pour la prise de l'empreinte, soit au moyen de feuille de platine mince, si l'on préfère fondre de l'or fin à 24 carats pour le bloc, soit au moyen d'or en feuille à 24 carats, si l'on

désire fondre de l'or à 22 carats ou à un titre inférieur. L'empreinte mise sous revêtement doit laisser à découvert un orifice représenté par la surface libre du bloc; par cet orifice l'or placé par petites quantités à plusieurs reprises est fondu au moyen du chalumeau jusqu'à ce qu'il soit en quantité convenable. Cette méthode est aujourd'hui complètement délaissée à juste titre pour la suivante, dont les avantages sont reconnus de tous.

2° *Procédé de la cire perdue :* Pour une cavité donnée, spécialement préparée de dépouille, le bloc est représenté en cire s'adaptant parfaitement dans la cavité, façonné aussi exactement que possible, y compris l'articulation et le point de contact interstitiel, s'il y a une dent contiguë à l'organe à restaurer. Le modèle de ce bloc ainsi obtenu en cire, et sorti délicatement, est relié par un conduit très fin à un entonnoir dans lequel le métal en fusion devra passer pour remplacer la cire, brûlée au préalable, dans le revêtement qui l'aura emprisonnée.

La première méthode de Solbrig à cire perdue avec matrice, qui consistait en une simple coulée produite par un mouvement de bascule de la masse de revêtement au moment de la fusion complète du métal par le chalumeau ; celle de Platschick avec son four électrique, qui réalisait un progrès en en rendant plus rationnel le chauffage et la fusion, ne comptent plus aujourd'hui. La coulée par pression pneumatique appliquée à la confection des blocs métalliques, de Taggart, de Custer [1] et d'autres, donnait de meilleurs résultats encore, mais les appareils compliqués et coûteux de ces derniers praticiens se sont vu détrôner en 1907 par un ingénieux procédé : la pince Solbrig [2] pour pression par la vapeur d'eau, dont les premières démonstrations à la *Société d'Odontologie de Paris* eurent un énorme succès. La presse Solbrig nous a donc donné le moyen de réaliser pratiquement la confection des blocs métalliques par le pro-

---

1. *Odontologie*, 1907, n° 20, p. 355 ; n° 23, p. 502.
2. *Odontologie*, 1907, n° 21, p. 420; 1908, n° 1, p. 11.

cédé de la cire perdue, quel que soit le titre du métal. Le dernier procédé aura donc la préférence des praticiens parce qu'il offre des garanties de précision et de facilité d'exécution.

A ce propos il est un détail de technique que nous ne devons pas passer sous silence : dès que la restauration atteindra une certaine importance, le bloc métallique devra toujours être creux, la réalisation de cette disposition de l'inlay a une très grande importance, et un grand nombre de praticiens ont cherché et trouvé divers moyens. Pour obtenir ce résultat les procédés de Villain, Mahé et de Périndorge peuvent être employés avec succès.

Quand nous préconisons l'inlay creux, il s'agit d'un véritable creux et non plat ou en gradin, ces deux dispositifs étant, à notre avis, insuffisamment rétentifs.

L'inlay creux est comme le couvercle d'une boîte, et la cavité dentaire doit être comparée à cette boîte.

Les avantages des inlays métalliques creux pour les obturations importantes sont d'une évidence indéniable : en cas de nécessité de réouverture d'une dent, on a la plus grande facilité pour les faire, sans qu'on soit obligé d'altérer notablement l'obturation.

La *méthode du bâtonnet* en or de M. Siffre, qui a beaucoup d'analogie avec le bloc céramique taillé, mérite également d'être mentionnée à cause de sa simplicité. Au moyen de rainures, et, au besoin, de crampons et de pivots soudés, le bloc métallique est fixé par du ciment comme le bloc de céramique.

Incrustations métalliques et céramiques combinées.

Dans une communication publiée par le *Dominion Dental Journal* et reproduite dans *L'Odontologie*, M. Davy, de Morrisburg, préconise un procédé qu'il met en pratique et qui donne satisfaction à la fois à l'esthétique et à la solidité. Les obturations par la céramique totale font craindre en effet pour leur solidité, certaines restaurations envahissant une portion dentaire à la fois apparente et fonctionnelle. En résumé il s'agit d'une cavité dans laquelle on

adapte un bloc de porcelaine et un bloc d'or juxtaposés.

La seule chose peut-être regrettable pour l'application des procédés de blocs taillés ou moulés est la nécessité de recourir au ciment pour leur scellement. Le ciment devant être nécessairement malaxé à consistance un peu plus molle comparativement à son emploi normal, une dissolution rapide de ce produit s'explique aisément par sa consistance en somme minime. Il résiste cependant convenablement, grâce, suivant nous, à sa compression dans une cavité bien asséchée. Nous avons maintes fois observé que le ciment appliqué dans ces conditions, adhère très solidement sur des surfaces tout à fait lisses.

L'emploi du ciment est néanmoins fâcheux si les incrustations ne sont pas adaptées d'une façon irréprochable. En effet, mieux le bloc or ou porcelaine est ajusté, moins il y a de ciment apparent, plus il y a de sécurité, par conséquent, pour la durée d'un travail d'une telle importance artistique. De là la nécessité absolue de la bonne préparation des cavités, des empreintes et des blocs.

Des tentatives ont été faites, entre autres par notre confrère Loup (*Revue d'Odontologie,* 1907), pour remplacer le ciment par le soufre ; mais ce procédé ne nous semble pas très commode, attendu que c'est à une chaleur élevée que fond le soufre (115°) et que l'on s'exposerait fatalement, de ce fait, à des complications dans les caries parapulpaires. Les dents à pulpe morte pourraient peut-être subir ce *modus faciendi,* mais la manipulation d'une telle substance n'est positivement pas, ce nous semble, pratique dans l'espèce, bien qu'elle soit possible dans des cas très restreints.

La gutta-percha a été également préconisée par M. Hofrein, mais cette méthode n'a pas eu de faveur, de l'aveu de l'auteur lui-même ; il faut admettre que pour l'application il y a des inconvénients dont le principal est de laisser une épaisseur de matière difficile à réduire suffisamment par pression sous chaleur et même par le procédé de la dissolution.

Les métaux fusibles à basse température ont également été essayés pour le scellement des blocs, mais n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Donc, actuellement, nous n'avons à notre disposition que le ciment pour fixer les inlays dans leurs cavités. Il est de toute nécessité que la quantité employée en soit aussi réduite que possible ; pour cela, nous le répétons, tout dépend de la préparation de la cavité de l'ajustage du bloc, de son ancrage et de son adaptation. Le ciment ne doit être considéré que comme un appoint pour la rétention, mais on ne doit pas compter exclusivement sur lui.

Des procédés aussi nombreux qu'ingénieux pour la confection des inlays en porcelaine et en or ont été imaginés et vulgarisés et la littérature professionnelle n'a jamais autant fourni de documents pour l'obturation des dents que sur la question des inlays, notamment ceux en or. La technique opératoire, que nous n'avons pas à développer ici, a été publiée dans toutes les revues dentaires et, bien que nous ne devions ni énumérer ni discuter les diverses méthodes appliquées, nous avons le devoir de rappeler que Aguilhon de Sarran, dentiste français, fut un précurseur de la méthode du bloc cimenté, pour l'obturation des dents, et de féliciter les chercheurs tels que Jenkins, Taggart, Custer, Solbrig, Platschick, etc., qui nous ont fait bénéficier de leurs travaux. On peut dire aujourd'hui que cette question de la confection des inlays est, sinon tranchée, du moins bien près de la solution ; des perfectionnements peuvent être encore introduits dans cette technique, mais il n'est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle le procédé en usage nous rend incontestablement les services les plus satisfaisants.

Le degré de calcification des dents cariées est d'importance secondaire pour l'application des inlays, étant donné que le ciment leur sera souvent salutaire, s'il y a insuffisance calcique, et très suffisant si les conditions calciques sont normales. C'est, en effet, un immense avantage de l'inlay sur les autres genres d'obturations qui obligent autrement le praticien au choix judicieux d'une matière obturatrice

suivant l'état physiologique ou pathologique de l'organe à restaurer.

Le choix de la porcelaine ou de l'or devra être basé sur l'esthétique et sur l'effort auquel il sera exposé à répondre. Pour cela il suffit de mettre en balance les avantages et les inconvénients de l'un et de l'autre en se basant sur des considérations artistiques et pratiques. Partant de ce principe, on donnera la préférence aux blocs de porcelaine pour les cavités apparentes de toutes les dents antérieures, ainsi que des prémolaires supérieures et inférieures, si les cavités sont visibles une fois curetées. Elles peuvent être cervicales, labiales, labio-interstitielles ou labio-linguales. Les restaurations, même étendues, qui siègent sur les dents antérieures, y compris les canines, éprouvent peu de fatigue à la mastication, si l'ancrage et la disposition du bloc sont bien combinés ; et, lorsqu'il s'agit des prémolaires, elles peuvent encore supporter un effort mécanique notable.

En général on peut adopter le bloc de céramique ou métallique pour la reconstitution d'un quart de couronne et même d'un tiers.

Le praticien trouvera plus de ressources dans le métal et devra donner la préférence à celui-ci pour toutes les cavités de contour des petites et grosses molaires, principalement si ces cavités sont faites aux dépens d'une face triturante et interstitielle à la fois. Toutes les dents antérieures bénéficieront également de l'adoption de l'inlay-or, si leurs cavités empiètent notablement sur leurs faces linguales. Et l'on peut dire, à part la supériorité de l'effet artistique de la porcelaine, que l'inlay en or rendra plus de services pratiques parce que son adaptation peut être plus précise, parce que ses bords peuvent être extrêmement délicats, sans crainte de détérioration mécanique, grâce à la méthode de l'empreinte directe. Néanmoins il faut poser en principe que l'application de l'inlay en or ne s'imposera que s'il y a utilité reconnue tant pour le patient que pour l'opérateur : utilité

pour le patient, si l'on peut ainsi lui éviter l'opération longue et parfois pénible qu'est l'obturation à l'or cohésif foulé ; utilité pour l'opérateur, s'il peut ainsi bénéficier d'une notable économie de temps.

Il faudra donc pour l'inlay en or des cavités de contour relativement importantes. Par lui, bon nombre d'organes même très détériorés seront plus sûrement sauvés. Dans les cas où la couronne métallique est inapplicable, le bloc en or sera d'une utilité remarquable : nous voulons parler des molaires très couchées ou trop réduites de couronne, lorsque la décortication convenable serait impossible pour permettre le sertissage parfait d'une bague.

La molaire déchaussée, mais encore solide dans son alvéole, sera ainsi mieux restaurée par un inlay en or que par une couronne ; car cela supprime la décortication souvent pénible de l'organe, et l'aléa de sa dévitalisation.

Tout compte fait, l'inlay en or est un progrès réel dont l'idée est née avant la porcelaine, et dont les services sont plus généralement utilisés avec un excellent profit pratique et scientifique. Notre examen de la question des inlays nous fait nous étendre plus longuement sur l'or, parce que les services qu'il est appelé à nous rendre sont plus considérables.

Quelle ressource inappréciable le bloc d'or ne nous offre-t-il pas encore pour l'ancrage d'un bridge, en nous permettant de réduire au minimum la mutilation de dents peu ou pas cariées !

Et, pour parfaire la solidité d'un pivot destiné à une racine par trop délabrée, le même procédé de l'inlay nous est d'un grand secours, surtout si nous partons de l'idée de n'employer de ciment qu'une quantité des plus restreintes pour la fixation.

Nous pouvons maintenant dégager de ce qui précède, les conclusions suivantes :

Conclusions.

1° Par raison d'esthétique et de durée, l'incrustation de céramique devra être exclusivement réservée aux dents antérieures et aux cavités apparentes.

2° Le bloc taillé sera réservé aux petites cavités, sur les faces dentaires accessibles presque sans écartement des dents.

3° Le bloc coulé sera réservé aux faces latérales, ainsi qu'aux cavités de contours et aux faces antérieures libres par l'absence de dents voisines.

4° Pour toute cavité non apparente, le bloc d'or aura la préférence et devra être creux, si sa dimension atteint le tiers de la dent à restaurer.

5° En général la méthode de l'obturation par les blocs d'or sera employée si elle doit être avantageuse pour le patient et pour l'opérateur, et s'il est question de réparer une perte de substance d'au moins un quart de couronne.

6° Le bloc métallique sera également utilisé pour la rétention des travaux à pont.

7° Par le procédé du bloc coulé la solidité d'un pivot sera assurée, dans bien des cas, par son adaptation intime dans la racine.

8° Nous émettons le vœu qu'une matière indissoluble dans la salive, puisse remplacer le ciment pour le scellement des blocs céramiques ou métalliques.

MÉTHODE D'ANESTHÉSIE DE LA DENTINE[1]

Par M. E. PITOT (de Bruxelles).

Je me propose de traiter devant vous, d'une nouvelle méthode d'anesthésie de la dentine. Je me trouve devant un public trop averti pour me permettre de vous rappeler toutes les méthodes employées pour arriver à cette fin.

Dans ces derniers temps, les recherches augmentent, le développement du bridge-work et la quasi nécessité d'extirpation de la pulpe émoustillant les chercheurs — c'est Nogué qui ne craint pas de trépaner le maxillaire pour anesthésier par le diploé ; c'est Albéric Pont avec la cataphorèse ; c'est Welin faisant avec une seringue spéciale des injections sous-périostées, gingivales ; c'est Touchard...

Aucun d'entre eux n'arrive à des résultats positifs absolus, tandis que, vous pourrez le constater quand je ferai la démonstration pratique qui vous est annoncée, l'anesthésie que j'obtiens est constante et complète.

Il s'en faut cependant encore un peu que les résultats répondent à mes désirs. Je n'anesthésie pas avec une certitude absolue les molaires, je ne conçois peut-être pas encore bien nettement comme anatomiquement se réalise cette anesthésie ; j'ai voulu cependant prendre date, parce que j'en ai une expérience clinique, par conséquent pratique, très suffisante et très sûre, et puis parce que je me suis souvenu de ce que M. Sauvez, dans sa conférence ici même, nous disait : que la dentisterie était entrée dans la vie scientifique normale, sortant des ténèbres mystérieuses où elle n'était qu'un art appuyé sur des secrets empiriques et des tours de mains jalousement gardés.

Nous nous devons de réagir contre cet esprit pour nous élever par la science au niveau des autres professions libé-

---

1. Communication faite à la Société belge d'Odontologie et à la séance de démonstration de la Fédération dentaire internationale.

rales. Chaque jour notre métier, en voie de perfectionnement constant, trouve un fleuron à ajouter à sa couronne de succès. Chacun de nous se doit aux autres et doit prendre l'engagement de faire œuvre scientifique non mercantile.

Mon exposé entraînera vos critiques, vos recherches qui feront progresser plus rapidement vers la perfection cette méthode qui pourrait rendre un bien considérable à nos clients.

C'est M. Quintin, notre collègue et mon initiateur, qui m'a mis sur la voie. Il employait depuis un certain temps déjà, pour l'avulsion des dents, un médicament dont je vous parlerai tantôt et qui lui donnait des résultats complets. Aucun danger, aucun trouble. Analgésie absolue. Je n'avais à ce moment pas lu le travail que M. Sauvez [1] avait présenté à Saint-Louis, et je m'imaginais qu'une anesthésie aussi belle devait fatalement avoir atteint la pulpe. Or, le docteur Sauvez démontre, en piquant la pulpe restée sensible quelques secondes avant l'extraction indolore, que ce qui est anesthésié, c'est le ligament alvéolaire...

Je fis néanmoins divers essais approximatifs jusqu'au jour où, m'imaginant que c'est près de l'apex que doivent cheminer les vaisseaux et nerfs pouvant s'anastomoser avec ceux de la pulpe dans le dédale inextricable de la circulation et de l'innervation de ces tissus, je fis mon injection dans le sinus sous-périostal de la pointe de l'apex, et réussis.

C'est donc au moyen d'une injection dans les tissus les plus proches de l'apex que j'anesthésie la dentine.

La seringue que j'emploie est la seringue ordinaire de tous les dentistes.

C'est un premier avantage puisqu'elle n'entraîne pas d'instrumentation spéciale, évite l'écueil des seringues à forte pression.

Le produit dont je me sers est la novocaïne fabriqué par la maison Mester Lucius, de Naechst Mein.

---

1. Sauvez : Congrès de Saint-Louis.

Voici les renseignements que je possède sur ce produit : c'est un monochlorhydrate du sammobensoïldiethylaminoethanol ; cristallise en aiguilles incolores fondant à 165°, peut être chauffé sans subir de décomposition jusqu'à 120° C. Se dissout dans l'eau froide dans la proportion de 1 : 1 en donnant une solution de réaction neutre ; dans l'alcool à froid, il se dissout dans la proportion de 1 : 30.

Les alcalis caustiques et les carbonates précipitent dans les solutions aqueuses la base libre sous forme d'une huile incolore, se prenant bientôt en une masse cristalline ; on peut, au contraire, ajouter à la solution aqueuse du bicarbonate de soude sans qu'il se produise de précipité. Les réactifs des alcaloïdes, tels que l'iodure de potassium et de mercure, l'acide piorique et l'iodure de potassium iodure produisent des précipités, même en présence de solutions de novocaïne fortement diluées.

L'examen pharmacologique de la novocaïne a donné les résultats suivants: le remède produit sur les filets nerveux sensibles de la périphérie les mêmes effets que la cocaïne : la solution à 0. 25 p. c. suffit amplement pour anesthésier en dix minutes environ même des gros troncs nerveux, le sciatique par exemple. En application locale, la novocaïne ne provoque aucun effet accessoire ; on n'observe surtout aucun phénomène d'irritation.

Les effets généraux observés après résorption de la novocaïne sont à peine appréciables, ni la circulation, ni la respiration ne sont influencées. L'activité cardiaque n'est pas compromise. 0.15 à 0.2 gr. injectés à des lapins sous la peau ne produisent pour ainsi dire pas de modifications dans les courbes enregistrant la pression sanguine et la respiration.

La novocaïne ne provoque ni mydriase ni troubles de l'accommodation, ni augmentation de la pression intra-oculaire.

La faible toxicité de la novocaïne ressort aisément lorsqu'on compare la dose mortelle avec celle de la cocaïne et de la stovaïne pour un kilo d'animal, chez diverses espèces.

La dose mortelle, en injection sous-cutanée, est par kilo d'animal, de :

	Cocaïne	Stovaïne	Novocaïne
Lapin......	0.05 à 0.1 gr.	0.15 à 0.17 gr.	0.35 à 0.4 gr.
Chien......	0.05 à 0.07 »	0.15 »	0.25 »
			(non encore mortelle.)

Je n'emploie toutefois pas la novocaïne seule, mais en mélange avec la suprarénine. J'injecte à l'endroit précité de 1/2 à 2 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 2 p. c., à laquelle on a ajouté environ 4 gouttes d'une solution de suprarénine à 1 : 4000. Au bout d'un intervalle variant de une à dix minutes l'anesthésie est obtenue. Aucune précaution préalable n'est nécessaire, sinon toute précaution d'asepsie.

Il n'y a pas de contre-indications formelles, autres que celles inhérentes à toute absorption de toxique : jeunes enfants, cardiaques avancés. La grossesse n'est pas une contre-indication. Pas de préparatifs spéciaux. Le patient peut avoir ou ne pas avoir mangé, bien qu'il soit préférable qu'il ne soit ni à jeun ni très fatigué.

Peut partir et vaquer à toutes ses occupations dans les minutes qui suivent l'intervention.

Du reste, voici d'une façon méthodique les phénomènes cliniques qui se dégagent de toutes les observations, un mille environ que j'ai faites jusqu'à ce jour.

Il faut tout d'abord tenir compte de l'état d'esprit des personnes qui viennent nous trouver, elles ont peur et leur angoisse s'extériorise par de la pâleur, de la transpiration, elles se plaignent de palpitation, de dyspnée.

Est-ce l'injection qui provoque ces phénomènes quand ils se produisent ? C'est possible, ce n'est pas certain, en tout cas c'est loin d'être fréquent. Une fois que je n'avais plus de suprarénine de Mester Lucius, je me servis d'une autre marque et à même dose. Alors se produisirent les deux seuls accidents que j'ai eus, les seules fois où je me suis servi de cette préparation. Une de ces personnes avait sans aucun phénomène été soumise à l'injection ordinaire. Voici ce qui se passa dans ces deux cas — deux dames assez bien portantes ; quelques secondes après l'injection, il se manifesta

une angoisse très vive, avec douleur précordiale violente, le pouls que j'examinai se trouva très ralenti, 44 pulsations à la minute, je renversai le fauteuil, délaçai la patiente fort corsetée, la douleur cessa immédiatement et je pus reprendre la besogne.

Je n'ai jamais eu de plainte au sujet de phénomène quelconque se manifestant le lendemain ou dans la suite.

Quelques personnes ont parfois ressenti des maux de tête le soir de l'injection, mais je ne sais s'il faut ajouter une foi par trop naïve à la cause qu'ils invoquent : l'injection.

Les phénomènes locaux qui succèdent à l'injection sont immédiats — et se succèdent seconde par seconde — sensation de gonflement, anesthésie de la muqueuse, parésie et paralysie parfois des muscles de la région. Ensuite l'anesthésie envahit la dentine, la pulpe, le nerf.

Si votre asepsie était suffisante, vous n'avez par la suite aucun ennui. Une fois j'ai remarqué un léger œdème non douloureux qui dura deux jours ; jamais de douleur ; et même dans plusieurs cas il m'est arrivé d'anesthésier la même dent trois fois de suite en cinq jours d'intervalle sans qu'il en soit rien survenu du côté de la gencive, du périoste ou de la pulpe.

Ce qui prouve encore une fois l'action inoffensive de la novocaïne sur les tissus.

L'anesthésie dure longtemps, de une à trois heures, suivant la quantité de médicament injecté, et ce qui est un avantage appréciable dès que la pulpe doit être extraite, l'adrénaline entraîne une hémostase complète, à tel point que deux ou trois mèches suffisent pour assécher le canal.

Les molaires inférieures ou supérieures, aussi bien les unes que les autres sont très difficiles à anesthésier. Ce qu'il importe de trouver c'est la direction d'une des racines, et la possibilité d'atteindre la région apicale. Notez que je ne fais jamais qu'une seule injection là où l'apex est le plus accessible.

Sur le millier d'anesthésies de pulpe que j'ai faites environ depuis dix mois, voici *grosso modo* les résultats :

Les dents supérieures, même les canines, s'anesthésient très aisément;

Les inférieures un peu plus difficilement, surtout les canines.

Les molaires inférieures et supérieures sont fort difficiles à anesthésier, on peut y arriver dès que l'on peut atteindre directement la région apicale.

Lorsque les dents sont en malposition, l'anesthésie est plus pénible à obtenir, mais j'y suis toujours parvenu.

Les avantages de la méthode ressortissent de l'anesthésie de la dentine permettant de travailler beaucoup plus vite et avec plus de sûreté, et admettant la possibilité de faire des travaux de restauration que la douleur devait faire abandonner.

Chacun d'entre nous, du reste, d'après ses connaissances, son tempérament, sa clientèle peut en faire un usage bien différent. Mais je souhaite que vous puissiez améliorer la technique au point où personne n'ait plus à trembler de crainte en entrant chez le dentiste.

CONGRÈS DE CLERMONT-FERRAND

Du 3 au 9 août 1908.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

COMPTE RENDU

Par M. J. PAILLIOTTIN,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Séance générale d'ouverture. — Le Congrès de Clermont et les Congrès antérieurs. — Discours de M. Franchette, président de la Section d'Odontologie. — Travaux de la Section d'Odontologie : — Indications des inlays céramiques et métalliques. — La mortification de la pulpe dentaire, sans carie. — L'enseignement de la Stomatologie et de l'Odontologie. — Le traitement des irrégularités dentaires et la force intermaxillaire. — Repousse des cheveux au cours d'affections dentaires aiguës. — De la radiographie en art dentaire. — Le développement des dents chez le « Torpedo galvani ». — Diagnostic des pulpites; importance du diagnostic pour le traitement. — Preuves du traitement conservateur dans la pulpite. — Erosion dentaire atypique, probablement d'origine dystrophique. — Application de la prothèse à la réduction des fissures congénitales des maxillaires supérieurs. — De l'utilité de la radiographie en art dentaire. — Etude comparative de la dent à pivot simple, à demi-bague, et Richmond. — L'angine d'origine dentaire. — L'état histologique des follicules dentaires chez les embryons, fœtus et nouveau-nés dans les cas d'infection conceptionnelle (syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc...). — Présentation d'un odontome radiculaire. — Etudes de thermométrie buccale. — Névralgie oculaire d'origine dentaire. — Les relations entre l'irritation gingivo-dentaire et l'eczéma régional de l'adulte. — Le coryloforme, anesthésique général. — Nouveau masque pour l'anesthésie générale. — Présentation d'un appareil compresseur et chauffeur pour les inlays en or. — Clôture de la session; le prochain Congrès.

La 37e session de l'A. F. A. S. s'est tenue cette année à Clermont-Ferrand, la capitale de l'ancienne Auvergne. Elle revêtait un éclat tout à fait exceptionnel, par suite de la présence d'un nombre important de savants étrangers, parmi lesquels on remarquait l'éminent sir William Ramsay, auquel ses magnifiques travaux ont valu, tout récemment, le prix Nobel. Aussi modeste que savant, sir William Ramsay, dans une courte improvisation prononcée pour remercier M. Armand Gautier, membre de l'Institut qui le présenta aux congressistes à la séance d'inauguration, mit toutes ses découvertes sur le compte de son inlassable curiosité et ajouta qu'il n'aurait pas vécu en vain si son exemple pouvait inciter d'autres savants à se livrer

à des recherches aussi passionnantes. Les applaudissements furent unanimes quand le président du Congrès, M. le professeur Appell, doyen de la Faculté des sciences de Paris, lui remit la grande médaille d'or de l'Association.

Le discours du président recueillit lui aussi, à maintes reprises, de nombreux applaudissements ; le thème principal de ce discours était l'organisation d'un enseignement plus rationnel, plus spécialisé, donné d'une façon plus adéquate au but poursuivi. Les dentistes, qui ont cette même conception de leur enseignement professionnel, auraient tous été heureux d'entendre critiquer, par une voix aussi autorisée, le vieux et bizarre système d'examens qui nous régit ; aussi avons-nous applaudi de tout cœur aux paroles de M. le professeur Appell, qui, dans leur sens général, s'appliquaient si bien à notre cas particulier.

Nous avons, avec grand plaisir, constaté que tous les membres de la Section d'Odontologie ont reçu des invitations personnelles et nominatives pour assister aux fêtes données par le corps enseignant de la Faculté de médecine de Clermont à l'occasion de la célébration du centenaire de la fondation de cet établissement. De plus, d'autres médecins nous ont, individuellement eux aussi, priés de venir visiter leurs installations chirurgicales ; les médecins de la Compagnie des eaux de Royat nous montrèrent en détail les installations de l'établissement thermal, et, à la section d'électricité médicale, nous avons pu voir les magnifiques radiographies dentaires de M. Belot. Ces diverses marques d'estime nous furent agréables au plus haut point ; ne signifient-elles pas, en effet, que les odontologistes ont droit de cité parmi les médecins et que si quelques-uns d'entre eux, mûs uniquement par des raisons d'intérêt particulier, qu'ils cachent du reste sous le voile (bien transparent pour qui n'est pas aveugle) de l'intérêt général, rêvent de notre disparition, la grande majorité accordent aux dentistes la considération qu'ils méritent en raison de leur instruction professionnelle ?

Ce Congrès nous suggère d'autres réflexions. Le nombre des inscrits, qui était important (puisque, ainsi que l'a fait remarquer le président, 210 membres avaient versé leur cotisation), n'était pas en rapport avec le nombre des membres présents, moins élevé qu'aux sessions précédentes. A quoi tenait ce nombre notable, non d'abstentions (le nombre des inscrits le prouve) mais d'absences ? Etait-ce le manque de cet aiguillon de lutte que l'on trouvait dans des réunions précédentes ? Etait-ce que le Congrès n'avait pas été préparé d'assez longue date ? Sans vouloir en rien mettre en cause le bureau de la Section d'Odontologie, composé de personnalités extrêmement sympathiques, et animées d'une bonne volonté à toute épreuve, il faut bien dire que l'organisation de ces grandes réunions professionnelles demande une expérience et une pratique, nécessaires de par la multiplicité des détails que comporte cette organisation. Quoi qu'il

en soit, l'importance et le succès d'un congrès ne se mesurent pas seulement à la longueur d'une liste; ils sont surtout fonction du travail effectué. Ayant eu l'honneur d'être chargé l'an dernier de rendre compte du Congrès de Reims, je puis faire une comparaison entre les deux : je ne suis pas éloigné de dire que le travail fourni à Clermont a été meilleur que celui de Reims. On a pu, en effet, discuter à fond les rapports présentés, les mettre au point, d'une façon complète et définitive ; au lieu d'effleurer un grand nombre de questions comme on a dû le faire à Reims, nous avons pu aller au fond de celles que nous avions désiré voir élucider, et pour ma part personnelle, je considère cette méthode de travail comme bien plus fructueuse que celle que l'abondance des communications nous avait forcés de suivre l'an dernier.

Ces réflexions d'ordre général terminées, je vais rendre compte des séances que la section a tenues au lycée Blaise-Pascal.

L'allocution que M. Franchette, président de la section, prononça à l'ouverture, fut très simple, très concise, mais très vibrante. Son esprit très scientifique répugne d'ailleurs aux fleurs de réthorique et le porte à exprimer simplement, mais avec précision et force, ce qu'il veut dire. Il débuta par souhaiter la bienvenue à tous ceux de nos confrères qui n'avaient pas craint de faire un grand voyage pour venir à Clermont, notamment nos amis Quintin (Bruxelles), Arlet (Corbeny), Brun (Lille), Calame (Valence) ; aux représentants des diverses écoles et groupements professionnels :

MM. Francis Jean, Godon (E. D. P.), Barden, Ducournau, Siffre (E. O. F.), Pont, Soulard (Ecole de Lyon), Cavalié (Ecole de Bordeaux) ; aux représentants de la presse professionnelle ;

Siffre, *Revue générale d'Art dentaire ;*

Barden, *Revue Odontologique ;*

Morche, *Bulletin du Syndicat* et *Journal Odontologique,* et Pailliottin, *L'Odontologie.*

Il termina ainsi sa vibrante allocution :

« Je constate cependant, cette année, un certain ralentissement de l'empressement auquel nous avaient habitués les fervents de nos réunions annuelles. Il est vrai que le Congrès que la F. D. I. doit tenir ces jours-ci à Bruxelles a dû, nécessairement, détourner une partie de nos forces. Ceux de nos confrères qui se proposent d'y prendre part, et dont je suis heureux de constater cependant la présence parmi nous, n'en ont que plus de mérite, pour, après une année de rudes fatigues, être descendus dans le Centre de la France, remonter ensuite vers le Nord, et cela sans reprendre haleine, afin de continuer à soutenir le bon combat sous le drapeau de l'Odontologie dont ils sont les plus fermes soutiens et les plus généreux défenseurs. Je ne pro-

noncerai pas leurs noms ; ils sont du reste sur toutes les lèvres ; qu'ils sachent bien qu'ils sont également écrits dans nos cœurs ; que notre reconnaissance soit discrète, en s'inspirant de leur modestie.

» C'est à la rude école de ces vaillants, c'est à leur contact, c'est en vivant dans l'ambiance et le rayonnement de leur vie ardente, tissée de dévouement et d'abnégation que se forme, s'entretient et s'aiguise l'ardeur des jeunes confrères, auxquels nous ouvrons toujours nos rangs avec satisfaction : ne représentent-ils pas pour nous les troupes fraîches de réserve que le temps jettera à notre rescousse dans les batailles lointaines.

» Maintenant, mes chers confrères, mettons-nous à l'œuvre. J'ai dit que nous étions peu nombreux, mais je n'ai pas dit que la sélection n'était pas heureuse ; j'ai dit que le nombre des communications annoncées était moins important que d'habitude, mais je n'ai pas voulu dire qu'elles ne me semblaient pas de nature à nous intéresser fortement. Je suis persuadé, au contraire, que vous remporterez du Congrès de Clermont-Ferrand un agréable et profitable souvenir duquel se dégagera cette conviction que cette année, le choix aura tout au moins suppléé au nombre. »

La séance continua ensuite par la nomination de deux présidents d'honneur, nommés tous deux par acclamation :

MM. Ducournau, de l'Ecole odontotechnique et L. Lemerle, de l'Ecole dentaire de Paris.

Furent ensuite élus, toujours par acclamation :

MM. Siffre et Maurice Roy, professeurs, le premier à l'Ecole odontotechnique, le second à l'Ecole dentaire de Paris, qui seront président et vice-président de notre section au Congrès de l'an prochain, à Lille.

M. Godon fut renommé, pour trois ans, membre du Conseil d'Administration de l'A. F. A. S., et M. Franchette, membre de la Commission des subventions.

Je rappelle ici que le bureau de la section était ainsi composé :

M. Franchette, *président*. M. Brodhurst, de Montluçon, *vice-président*. M. Barden, *secrétaire*. M. Ducournau fils, *vice-secrétaire*.

Le Comité local et régional était ainsi composé :

M. Pont, de Lyon, *président*. M. Chibret (Clermont-Ferrand), *vice-président*. M. Bennejeant (Clermont-Ferrand), *secrétaire*.

Mlles Dulché et Bennejeant (Clermont-Ferrand) ; MM. Calame (Valence), et Pujol (Thiers), *membres*.

Il faut adresser des remerciements et des félicitations au Comité régional, dans son ensemble, mais féliciter plus particulièrement le jeune et dévoué secrétaire Bennejeant, de son activité inlassable, et notre excellent confrère Pujol, dont nous aurons à reparler.

M. Francis Jean. — Indications des inlays céramiques et métalliques.

La parole fut donnée à M. *Francis Jean,* pour la lecture de son très remarquable rapport sur « *les indications des inlays céramiques et métalliques* ». (Ce rapport est publié en tête du présent numéro.)

Discussion.

M. Siffre approuve complètement ce qu'a dit M. Francis Jean au sujet des porcelaines de haute et basse fusion et croit vraiment que les insuccès constatés avec cette dernière sont dus à la mauvaise confection des inlays.

Il ajoute que la surface polie laisse réfracter la lumière beaucoup mieux que le bloc dépoli et que c'est la substance de scellement qui influe sur la coloration de l'inlay mis en place ; on aurait donc besoin d'une substance de scellement dont l'indice de réfraction serait égal à celui de la porcelaine ; l'asepsie est également meilleure sur une surface vernissée. De plus, il pense que, avec une surface lisse, on évite des causes qui sont hors de notre ressort et qui peuvent influer parfois sur la coloration des inlays. Il se rappelle avoir obturé une dent à l'aide d'émail de bijoutier (substance qui sert à imiter les pierres précieuses, formée *grosso modo* de plomb et d'étain), et avoir constaté que cet inlay devint noir quand la patiente fit une maladie assez grave, et redevint brillant quand elle recouvra la santé.

Il dit qu'il atténue l'aspect peu esthétique des blocs d'or placés d'une façon apparente, de la façon suivante : il les fixe dans du godiva ou du plâtre et il dépolit la surface externe à l'aide du maillet automatique et des pointes de Bennett ; ces inlays sont encore moins apparents lorsqu'ils ont été portés, parce que, dans ces stries très fines, se dépose une sorte de mucus qui atténue encore leur aspect brillant.

M. Ch. Godon félicite M. Francis Jean, ainsi que l'avait fait du reste M. Siffre, et présente quelques observations au sujet des conclusions du rapport.

Pour la première conclusion, il préférerait que M. Francis Jean dise : *surtout réservée aux dents antérieures* et non : *exclusivement réservée ;* ceci parce que les patients demandent souvent ce mode d'obturation pour d'autres dents que les dents antérieures.

Au sujet de la deuxième conclusion, il pense que les blocs taillés lui paraissent l'idéal :

1° Parce qu'ils sont préparés par des gens du métier, ce qui nous offre plus de garanties au sujet de l'homogénéité de la pâte ;

2° A cause de la perfection de l'ajustement par l'emploi de fraises calibrées, ce qui réduit au minimum l'épaisseur de la substance de scellement.

Il croit donc que ces blocs sont l'idéal, et dit également que l'on peut en faire dans les cavités dont la forme affecte celle de deux tiers de cylindre. A propos des blocs d'or, se range absolument à l'avis de M. Francis Jean, c'est-à-dire de les faire creux, si le bloc est grand.

Relativement à l'emploi de ces inlays pour la rétention des travaux à pont, il fait de grandes réserves ; le meilleur mode de fixation est la couronne ; l'inlay peut, peut-être, y suppléer, mais il ne faut pas trop y compter : les bords de la dent peuvent se fracturer facilement, car l'inlay prend point d'appui sur ces bords, même lorsqu'on y adjoint un pivot qui peut se courber ou se casser.

Le ciment ne doit pas servir à fixer l'inlay, il doit seulement servir à combler le léger vide qui existe entre l'inlay et les bords de la cavité.

M. Pont se félicite de voir M. Francis Jean donner la préférence à l'or cohésif, car il a lu récemment un article dans lequel l'auteur préconisait surtout l'emploi d'or non cohésif.

Au point de vue de la comparaison entre les deux sortes de porcelaine que nous utilisons, il dit que la Jenkins donne, cela est indéniable, de très bons résultats, mais il croit néanmoins à la supériorité de la porcelaine à haute fusion.

Il y a certaines précautions à prendre pour éviter la décoloration de la porcelaine de Jenkins. Pour lui, chaque fois qu'il entame un nouveau flacon, il fait un petit inlay qu'il colle sur une petite baguette d'ivoire à l'aide de ciment, ce qui lui permet d'avoir ainsi la teinte exacte qu'aura son inlay en place. A propos de l'indication des inlays par rapport aux aurifications, il dit que M. Francis Jean tire cette indication de la grandeur de la cavité, mais il pense qu'il faut aussi tenir compte de la résistance du patient et de l'habileté de l'opérateur.

M. Quintin. — Le ciment se dissout sous l'influence de certains micro-organismes : il a, dans un tube de bouillon de culture, ensemencé avec de la salive, mis des blocs de ciments différents qui ont été plus ou moins attaqués ; celui qui s'est montré le plus résistant a été le ciment transparent de Ascher ; aussi l'emploie-t-il pour les scellements d'inlays de porcelaine, car c'est celui qui conserve le mieux la transparence ; il badigeonne inlay et cavité au préalable avec du liquide à ciment ; quand l'inlay est scellé, il recouvre avec de la cire collante et obtient ainsi des résultats magnifiques.

M. Ducournau confirme ces faits et ajoute qu'il polit avec une pointe d'agate.

M. Brun dit qu'il craindrait la mortification de la pulpe dans les cavités parapulpaires.

M. Pailliottin dit que l'on avait reproché aux ciments transparents d'amener la mortification pulpaire, à cause de l'arsenic qu'ils renfermaient. Il a fait analyser par un chimiste quelques échantillons, et on n'a pu, dans les ciments que certains fabricants nous fournissent ac-

tuellement, déceler de traces d'arsenic. Aussi, il pense qu'on peut les employer ainsi que le dit M. Quintin, même dans des cavités para-pulpaires, et que l'on peut employer ces ciments, même pour des obturations complètes où ils donnent des résultats bien supérieurs à ceux qu'on obtenait avec les anciens.

M. Georges Villain préfère la porcelaine à haute fusion :

1° Parce que la matrice de platine se manie plus facilement que celle d'or ; 2° parce que la haute fusion résiste mieux à l'effort ; 3° ayant la facilité d'employer un corps opaque et une couverte d'émail, le ciment transparaît moins.

Il a employé la gutta pour le scellement des inlays à pivot et en a retiré de bons résultats ; il emploie de la gutta très dure, en plaques. Dans certaines bouches, dont l'ouverture est très grande, laissant à découvert la première grosse molaire inférieure, il pense qu'il est parfois préférable de faire une porcelaine pour sauvegarder l'esthétique. Si l'aurification demande un temps sensiblement égal ou légèrement supérieur à celui nécessaire pour la pose d'un inlay, il vaut mieux faire une aurification ; mais si les bords sont fragiles, il préfère l'inlay qui les recouvre et les protège.

On peut faire des inlays or et porcelaine, qu'il emploie pour fixer des bridges à point d'appui mobile, et ajoute que dans ce cas, il faut que la partie or de l'inlay recouvre une grande partie de la face triturante.

M. Meng dit avoir observé que, dans la même bouche, des dents de même teinte et de même fabrication, donnent des résultats différents ; il cite des cas d'appareils faits en double, dont les dents de l'un devenaient noires, semblaient sales, alors que les autres restaient propres et nettes.

M. Francis Jean se déclare enchanté de la discussion qu'a soulevé son rapport.

Il a marqué sa préférence pour la porcelaine de Jenkins parce que : 1° son emploi lui donne toute satisfaction ; 2° parce que dans toute la bibliographie, on ne parle pour ainsi dire que de celle-là.

L'application de la céramique peut être faite sur toutes les dents, il est vrai ; mais la rétention des inlays de porcelaine est souvent bien plus difficile que celle de l'or ; de plus, l'inlay d'or protège les bords.

Au sujet des blocs (Dall) il dit les employer dans les cavités moyennes ; il indique combien il est difficile de les placer dans des cavités du collet, parce qu'on doit sacrifier trop de substance, et il est d'avis de les réserver pour les cavités qu'on peut rendre cylindriques ou presque sans une trop large exérèse.

Il admet que les bords se fracturent parfois quand on emploie des inlays pour fixer des bridges, surtout sur les prémolaires, mais croit que cela provient d'une préparation défectueuse de la cavité et non de l'effort supporté.

Il accepte les réserves faites pour le patient au sujet du choix de l'aurification ou de l'inlay, mais ne peut faire entrer en ligne de compte la plus ou moins grande habileté de l'opérateur.

Au sujet des changements de teinte des inlays, il n'attribue rien au ciment ; il n'en emploie que d'une seule sorte, et prend la précaution d'essayer, de mettre son inlay en place en le fixant avec un mélange de poudre de ciment et d'eau : il juge ainsi, à coup sûr, de l'aspect qu'aura son inlay une fois en place.

Il préfère un mauvais inlay à une mauvaise aurification, car le ciment de scellement a une certaine action curative dans une cavité dont la préparation laisse quelque peu à désirer.

M. Siffre. — La mortification de la pulpe dentaire sans carie.

Je laisse ici la parole à l'auteur qui donne lui-même le sommaire de discussion de son rapport.

La mortification de la pulpe dentaire sans carie est peu étudiée dans les divers auteurs spéciaux. Quelques-uns l'ont signalée, mais néanmoins cette question particulière ne tient pas dans la littérature professionnelle la place qu'elle mérite.

Il était donc nécessaire de chercher à mettre au point la question, et ce rapport sera le prétexte pour nos confrères, d'apporter ce que devra être ce nouveau chapitre de pathologie dentaire.

Mon but sera atteint, quant à cette amorce de la discussion et aux quelques documents personnels j'ajouterai tout ce que chacun aura dit et apporté. J'estime en effet qu'un rapporteur doit surtout s'attacher à présenter la question sur laquelle il doit rapporter sous forme de sommaire de son état actuel et ajouter à ce sommaire les faits nouveaux qu'il peut connaître personnellement et enfin ceux que lui auront fournis les confrères qui discuteront son rapport.

Ainsi sera réalisée ma conception : une véritable mise au point de la question contenant tout ce que l'on en sait.

Je prie donc mes confrères d'apporter tous documents pouvant aider à l'étude de la *mortification de la pulpe dentaire sans carie.*

La carie, éloignée comme facteur nécrogène, nous nous trouverons en présence d'une variété de causes mortifiantes : endogènes, exogènes, locales, générales, physiologiques, pathologiques, insidieuses ou immédiatement effectives.

Et ces causes multiples et diverses nous donneront des effets les plus variés : immédiats ou éloignés, simples, compliqués ou complexes, limités ou étendus, localisés ou régionalement généralisés.

Nous devons donc tout d'abord grouper les causes susceptibles de déterminer la mortification de la pulpe dentaire sans carie.

Il suffira d'étudier ces causes sous trois chefs :

A. Causes physiologiques ;
B. Causes pathologiques locales ;
C. Causes pathologiques générales.

Nous aurons alors à rechercher les éléments actifs de ces causes.

A. Causes physiologiques.

Diminution de la résistance et transformations cellulaires, sénilité.

Abrasions....... { mécanique / chimique } Action sur les tissus { durs. / mous.

B. Causes pathologiques locales.

Traumatisme.... { Choc violent. Fracture. Luxation. Conséquence opératoire, section pulpaire dans la cure radicale de la sinusite. Lent. Malposition permettant la mobilisation continue par antagonisme vicieux. Usures mécaniques variées.

Infection..... { par propagation interalvéolaire des abcès et nécrose étendue. Gingivales. Arthrites. Ostéites et Ostéo-myélite. Arthrites aiguës, chroniques.

C. Causes pathologiques générales.

Intoxications. Diathèses. { Saturnisme. Alcoolisme. Hydrargyrisme. Phosphorisme, etc.

Infections. ... { Maladies infectieuses en général. Typhoïde. Grippe. Rhumatisme. Syphilis, etc.

Les conséquences nécrogènes de toutes ces causes, aussi diverses par le mécanisme que par la chronologie de leur action sur la pulpe dentaire, peuvent cependant permettre une division tirée du fait dominant dans la mortification pulpaire sans carie, à savoir : *le moment où se produit l'infection.*

Nous établirons donc, sur les points suivants, les éléments de la discussion :

A. La mortification primitive............ { lente. / rapide. } aseptique.

B. La mortification primitive { lente. / rapide. } septique { d'origine { externe. / locale. / générale.

C. La mortification primitive. } Infection secondaire { d'origine { locale. / générale.

Enfin nous terminerons par une rapide revue des traitements qui se divisera :

A. Traitement exclusivement local.. { conservateur / sacrificateur } de la dent.

B. Traitement général et local, agissant à la fois sur la dent, par les opérations adéquates et sur l'organisme par les agents spécifiques ou simplement indiqués par l'ensemble symptomatique de l'affection actuelle.

A ce sommaire de discussion, M. Siffre ajoute les explications suivantes :

Dans les causes physiologiques nous trouvons la sénilité (rétraction pulpaire), l'abrasion mécanique qui peut arriver à découvrir la chambre pulpaire.

Il cite un cas de syphilis, où il a observé une fluxion, avec évolution vers un abcès, sans carie ; on trépane la dent, on la soigne, pas de résultat ; le malade ayant avoué sa syphilis, le traitement spécifique fut institué ; tout rentra dans l'ordre.

A la suite de grippe, M. Chompret observa une canine inférieure mortifiée ; mais on ne peut, avec certitude, accuser la grippe, car le bacille n'a pas été isolé.

Il a observé un cas de mortification par propagation d'abcès alvéolaire. Une dent était fistuleuse ; par raison d'esthétique on dut trépaner la voisine ; celle-ci était mortifiée.

Au sujet des chocs, il a observé une mortification pulpaire dont l'étiologie lui paraît la suivante : Le patient présentait une fluxion, pas de carie ; il n'avait jamais reçu de coup sur la région dentaire ; mais 18 mois auparavant, il était tombé, s'était foulé le pied ; l'auteur pense que le patient a reçu un coup sur la figure, mais ne s'en est pas aperçu par suite de la douleur ressentie au pied.

Il a récemment observé le cas suivant : Le patient présentait trois dents mobiles : deux incisives centrales et une latérale au maxillaire inférieur ; il n'y avait eu ni carie, ni chute ; le maxillaire était déformé, gros ; la nécrose alvéolaire était presque complète pour les trois dents, mais davantage au niveau des centrales ; à la trépanation, on trouve les filets radiculaires des centrales mortifiés, celui de la latérale pas complètement. Dans ce cas, il ne sait quelle cause invoquer. Il soigna et guérit son patient avec des injections d'une teinture d'iode, composée de glycérine, iodure de potassium et iode métallique.

M. Meng dit que M. Siffre a oublié de signaler les changements brusques de température comme causes de mortification pulpaire.

M. Franchette signale l'articulation défectueuse.

M. Francis Jean dit que le plan établi par M. Siffre est parfait ; il fait quelques réserves au sujet du traitement ; il demande si on doit intervenir dès que l'on a décelé une dent morte, ou s'il faut attendre les accidents aigus ; dans le cas d'abrasion ayant atteint la chambre

pulpaire on a affaire à une carie perforante, et l'on pourrait peut-être considérer les dents mortes comme atteintes de caries microscopiques (fêlures, fentes de l'ivoire, etc.). A Sainte-Anne dans le service de M. Poinsot, il a observé un grand nombre de mortifications pulpaires chez les aliénés.

M. Cavalié dit que dans les causes physiques on peut ranger l'électricité ; il parle des fêlures de l'émail qui se continuent à travers l'ivoire jusqu'à la chambre pulpaire que les micro-organismes peuvent atteindre par cette voie.

M. Meng dit avoir observé des mortifications pulpaires à la suite de redressement brusque ; à l'appui des fissures de l'émail intéressant toute la dent, il cite le cas d'un de ses patients auquel il avait extrait une dent, que ce patient conserva quelque temps dans sa poche et qu'il y retrouva fendue en deux.

M. Godon cite comme exemple d'accidents à longue échéance le cas d'un de ses patients, qui dans un duel, reçut un coup d'épée dans la mâchoire supérieure ; l'incisive centrale fit une fistule dix ans après.

M. Ducournau parle des mortifications pulpaires chez les enfants, fréquentes à cause de leur peu de stabilité.

M. Siffre répond qu'il n'a pas fait entrer les changements brusques de température dans les causes de la mortification pulpaire, parce qu'il n'en a jamais observé. Au sujet du redressement brusque, il dit que la mortification s'explique par le déplacement de l'apex qui n'est jamais dans l'axe de la dent, et rupture subséquente du paquet vasculo-nerveux. Il opère quand il peut : si les malades le veulent, de suite, sinon à la phase aiguë ; chez les enfants, néanmoins, il vaut mieux opérer de suite pour éviter des accidents et permettre si besoin est la pose ultérieure d'une dent à pivot.

Dans les cas de fracture étendue, il préconise l'extirpation de la pulpe immédiatement, pour prévenir la mortification pulpaire qui se produit presque toujours en ce cas, et qui amène la formation d'une sorte de cloaque à l'extrémité de la racine.

(A suivre.)

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Bruxelles, 7-8 août 1908.

COMPTE RENDU

Par M. Maurice Roy.

La F. D. I. et les Fédérations nationales. — Réception de la F. D. N. de Belgique. — Assemblée générale d'ouverture. — 1re séance du Conseil exécutif. — Séances des Commissions.

La F. D. I. a tenu cette année ses assises à Bruxelles les 7 et 8 août et la réunion qui vient de finir ne le cède en rien comme éclat et comme intérêt à toutes celles qui l'ont précédée ainsi qu'on pourra le voir par le compte rendu que nous en donnons.

Le grand nombre des délégués venus de tous les pays d'Europe et d'Amérique prouve le grand intérêt que, dans tous les pays, on attache aux réunions de ce groupement qui a su maintenir la pérennité de cette entente internationale réalisée à Paris en 1900 et qui s'est cimentée plus puissamment à chacune de ses réunions : Londres-Cambridge (1901), Stockholm (1902), Madrid (1903), Saint-Louis (1904), Hanovre (1905), Genève (1906), Amsterdam (1907).

La F. D. I., comme on le sait, constitue aux termes même de son règlement un corps international permanent existant dans l'intervalle des Congrès internationaux dont elle a, entre autres fonctions, à assurer la préparation ; elle s'est donc cette année, en outre du cours ordinaire de ses travaux, occupé particulièrement de l'organisation du Congrès dentaire international de Berlin qui, en 1909, constituera une nouvelle et grandiose manifestation de la science odontologique.

La F. D. I. s'ouvrait du reste sous les plus heureux auspices puisqu'elle avait, par sa réunion, provoqué la constitution de la *Fédération dentaire nationale Belge*. Jusqu'ici, en effet, malgré de nombreuses tentatives, les diverses sociétés belges étaient restées isolées et plus ou moins hostiles les unes aux autres, mais M. Sauvez, vice-président de la F. D. I., ayant été au mois de mai à Bruxelles pour préparer la réunion de la F. D. I., réussit à rapprocher les divers éléments professionnels et, grâce aux bonnes volontés rencontrées chez nos confrères belges, à grouper en un faisceau les sociétés dentaires de Belgique.

C'est donc la *Fédération dentaire nationale Belge* qui, pour ses débuts, a préparé la réception de la F. D. I. et contribué ainsi puissamment au succès de cette réunion internationale dont elle a aidé à l'organisation. Il y a lieu de féliciter la F. D. N. belge de la façon brillante et charmante à la fois avec laquelle elle s'est acquittée de

cette tache délicate dans laquelle elle a montré que, comme le Cid, pour des coups d'essai elle voulait des coups de maître.

Déjà à Madrid, en 1903 la F. D. I. avait provoqué la formation de la F. D. N. espagnole ; nous sommes heureux de la voir poursuivre ainsi son action bienfaisante et montrer que, après avoir réalisé l'entente internationale, elle sait passer du général au particulier et favoriser les ententes nationales pour le plus grand bien de la profession et de la science odontologique.

*
* *

Le jeudi 6 août, à 8 h. 1/2 du soir, la session avait débuté par une réception offerte par la F. D. N. belge aux délégués étrangers dans la grande salle de la Taverne de la Régence.

Dans cette réunion toute intime, nous avions le plaisir de retrouver, parmi nos nombreux amis de Belgique, nos collègues et amis des divers pays étrangers que nous sommes heureux de rencontrer chaque année dans ces réunions qui resserrent plus intimement chaque fois les liens qui unissent tous les membres de cette Fédération internationale où, dans un but des plus désintéressés, les délégués de tous les pays viennent travailler à l'étude des meilleures solutions à donner aux problèmes professionnels.

*
* *

Le vendredi 7 août, à 10 heures du matin, eut lieu l'assemblée générale d'ouverture de la F. D. I. à la maison des médecins, dans un des bâtiments de cette Grande Place de Bruxelles qui constitue certainement un des plus beaux et des plus curieux ensembles architecturaux qui existent.

M. Sauvez, vice-président de la Fédération faisant fonction de président à la suite de la mort du si regretté W. D. Miller, ouvrit la séance en prononçant un très intéressant discours dans lequel, après avoir souhaité la bienvenue aux membres de la F. D. I., il retraça l'œuvre accomplie par la Fédération dans ses diverses sessions dont chacune a été caractérisée par l'étude plus particulière d'une question.

Il indiqua le programme général de la réunion de cette année et insista particulièrement sur la durée des études dentaires, en signalant les inconvénients qu'il y aurait à étendre d'une façon excessive la durée de ces études et en déclarant que, pour sa part, il pensait que quatre années constituaient le temps convenable à demander et que les programmes d'études devaient être organisés conformément à cette durée.

Il se félicita enfin de la création de la F. D. N. belge qu'il remercia d'avoir bien voulu donner l'hospitalité à la F. D. I. et de l'avoir aidé dans la préparation de la session de Bruxelles.

M. Rosenthal, de Bruxelles, président de la Fédération dentaire nationale belge, souhaita ensuite au nom de ses confrères belges, la bienvenue à tous les délégués étrangers. Puis, successivement MM. Walkhoff (Allemagne), Mummery (Angleterre), Weiser (Autriche), Harlan (Etats-Unis), Francis Jean (France), Grevers (Hollande), Guerini (Italie), Daubry (Russie), Bryan (Suisse), vinrent, au nom de leurs pays respectifs, saluer la F. D. I. et lui apporter leurs vœux de longue vie et de prospérité.

Parmi ces allocutions, mentionnons particulièrement celle de M. Weiser (de Vienne), dans laquelle il exposa que, en Autriche où le diplôme médical est obligatoire pour les dentistes, la profession était partagée en deux fractions égales ; la première refuse d'entrer dans l'Association stomatologique internationale parce qu'elle n'accepte pas la dénomination de stomatologique ; la seconde moitié ne repousse pas cette dénomination et ne serait pas hostile à l'Association stomatologique internationale parce qu'elle a un programme d'enseignement semblable à celui qu'elle préconise, mais elle refuse néanmoins d'entrer dans cette Association tant qu'elle n'aura pas fait rapporter la décision du Congrès de médecine de Lisbonne qui exclut les dentistes des Congrès médicaux, décision qu'elle considère comme injuste. Nous constatons donc que, en Autriche, les stomatologistes eux-mêmes ont une conception un peu plus élevée des intérêts généraux de leur profession que les stomatologistes français.

Il fut ensuite procédé aux admissions nouvelles ; pour la France notamment MM. Francis Jean et Georges Villain furent admis pour cette session comme membres du Conseil exécutif en remplacement de MM. Martinier et Pont absents ; un certain nombre de membres associés furent admis sur la proposition des comités nationaux et répartis dans les diverses commissions.

Un certain nombre de membres de la F. D. I. s'étaient excusés par lettre ou dépêche, notamment M. Brophy, de Chicago. C'était la première fois que le dévoué président de la Commission d'enseignement se trouvait empêché de venir à nos réunions et l'assemblée vota à ce vaillant champion des idées odontologiques l'envoi d'une adresse de sympathie.

Le président donna ensuite lecture d'une lettre du Comité d'organisation du Congrès international de Berlin, invitant la F. D. I. à tenir sa session en 1909, à Berlin, un jour avant l'ouverture du Congrès.

Sur cette proposition, acceptée à l'unanimité, l'assemblée générale d'ouverture se trouva terminée.

*
* *

Immédiatement après l'assemblée générale, le Conseil exécutif tient sa première séance.

M. Schaeffer-Stuckert, de Francfort, secrétaire adjoint faisant fonction de secrétaire général, donna lecture de son rapport dans lequel il exposa les conditions dans lesquelles il avait assuré la publication du compte rendu de la session d'Amsterdam. Le Conseil lui vota des remerciements pour la façon dont il s'était acquitté de cette tâche délicate.

M. Aguilar, de Madrid, trésorier, donna lecture de son rapport dans lequel il proposait la radiation d'un certain nombre de membres associés n'ayant pas acquitté leurs cotisations. Ce rapport fut, conformément aux statuts, renvoyé à la Commission de vérification des comptes.

La F. D. N. belge fut admise dans la F. D. I.

Le président donna connaissance d'une lettre de démission de M. Zsigmondy, membre du Conseil exécutif qui l'informait que, ayant adhéré à l'Association stomatologique internationale dont les tendances étaient différentes de celles de la F. D. I. il ne lui paraissait pas possible de continuer à faire partie de cette dernière société. Une discussion s'engagea au sujet de cette démission à la suite de laquelle, à l'unanimité, l'assemblée décida de prier M. Zsigmondy de retirer sa démission pour la raison que, tout en rendant hommage aux motifs qui dictaient la conduite de leur collègue, les membres du Conseil étaient d'avis que, dans la F. D. I., l'esprit le plus large devait régner et qu'on devait y accepter la représentation de toutes les opinions professionnelles, sans suivre l'exemple de l'ostracisme pratiqué par certains stomatologistes.

La composition des diverses commissions fut ratifiée avec l'adjonction des membres associés proposés pour les Comités nationaux.

Il avait été décidé à Amsterdam, sur la proposition de M. Roy, de créer une *Commission d'information pour les questions d'enseignement (International Educational Information Board)* chargée de fournir des renseignements sur les programmes des écoles dentaires dans les différents pays et la valeur des diplômes. Le Conseil décide que les membres de la Commission d'enseignement de la F. D. I. sont chargés, dans leur pays respectif, de remplir les fonctions de cette Commission.

La Commission d'enseignement d'autre part, comme on le verra plus loin, a désigné, pour chaque pays, un membre plus spécialement chargé de ce service d'information.

Le Conseil exécutif a procédé ensuite à l'élection de son président en remplacement de W. D. Miller. Notre excellent collègue M. Sauvez, vice-président, qui avait assumé la présidence depuis la mort de notre regretté président, fut élu par acclamation président de la F. D. I.

Il fut alors donné lecture de la réponse faite par le Comité d'organisation du Congrès international de médecine de Budapest à la protestation que la F. D. I. lui avait adressée l'année dernière au sujet de l'exclusion des dentistes de ce Congrès.

Le Comité du Congrès a répondu qu'il avait été obligé d'appliquer le règlement tel qu'il avait été adopté par le Congrès de Lisbonne, mais que le Congrès de Budapest allait nommer une Commission permanente chargée de fonctionner dans l'intervalle des Congrès et que l'on pourrait transmettre la protestation de la F.D.I. à cette Commission.

Il est également donné lecture d'une protestation de l'*Union des Dentistes russes* au sujet de l'exclusion des dentistes du Congrès de Budapest qui déclare qu'elle disqualifie ceux de ses membres qui prendront part à ce dernier Congrès.

A la suite de la lecture de ces lettres une discussion s'engage à la suite de laquelle le Conseil exécutif décide qu'une nouvelle protestation sera adressée à la Commission permanente des Congrès de médecine qui va être créée.

Faisons remarquer que, en faisant cette création d'une Commission permanente, les Congrès internationaux de médecine ne font que suivre un exemple qui leur a été donné il y a huit ans par les Congrès dentaires internationaux en créant la F. D. I., l'exemple de ces dentistes dédaignés leur a semblé bon à suivre.

*
* *

Ce même jour, vendredi à 2 h. 1/2, les diverses Commissions se réunirent pour étudier les diverses questions portées à leur ordre du jour, elles tinrent également une seconde réunion le samedi à 2 heures, pour adopter les conclusions à soumettre à l'adoption du Conseil exécutif.

Les travaux de ces commissions se trouvent exposés dans les rapports qui furent présentés à ce Conseil et que l'on trouvera plus loin, dans le compte rendu de la seconde séance du Conseil exécutif. Ces rapports montrent la variété et l'importance des questions étudiées dans cette réunion par les confrères les plus qualifiés de tous les pays du monde dont les avis peuvent être un guide précieux pour les sociétés nationales chargées d'assurer l'application pratique dans leur pays des solutions adoptées par la F. D. I.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 juillet 1908.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le 7 juillet 1908, à 9 heures, sous la présidence de M. Touchard, président.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de regrets de M. Godon, empêché d'assister à la séance, ainsi que d'une lettre de M. Sauvez, vice-président de la Fédération dentaire internationale, contenant le programme des réunions qui doivent se tenir à Bruxelles les 6, 7, 8, 9 août, et invitant les membres de la Société à y participer.

Le secrétaire général annonce que M. Debray, de Saint-Germain, fait don au musée de plusieurs pièces anatomo-pathologiques intéressantes.

I. — Présentation d'un nouvel ouvre-bouche, par M. Décolland.

M. Décolland présente un ouvre-bouche d'un mécanisme très ingénieux, dont la description sera publiée incessamment.

Discussion.

M. Roy. — Cet ouvre-bouche agit-il toujours au maximum ?

M. Décolland. — Non, il ne force pas ; s'il y a du trismus, l'écart de ses deux gouttières se trouve *ipso facto* limité. Cependant il permet d'ouvrir la bouche au maximum. Mais son grand avantage, c'est qu'on peut le déclancher facilement, aussitôt que l'anesthésie est terminée.

M. Mendel-Joseph. — Il existe des cas où il est difficile d'obtenir un écart des mâchoires suffisant pour placer cet appareil ; dans ces conditions l'emploi ne n'en paraît pas indiqué.

M. Décolland. — Cet appareil n'est pas un *écarteur,* il est destiné à maintenir ouverte la bouche ; il est fait pour être mis en place la bouche ouverte, et il suit graduellement l'ouverture de la bouche.

II. — Maloclusion chez un sujet atteint de maladie de Parkinson, par M. G. Rousseaux.

M. Rousseaux fait une communication sur un cas de malocclusion

chez un malade atteint de « maladie de Parkinson ». Cette malocclusion se traduit essentiellement par la béance de la bouche, les molaires seules articulant. La question se posait de savoir si la malocclusion était en rapport avec la paralysie agitante, ou si elle était antérieure à cette affection. D'autre part. il y avait de l'abrasion très nette des dents antérieures, qui par conséquent articulaient autrefois, toute autre cause d'abrasion ayant été écartée. M. Rousseaux signale la pyorrhée alvéolaire comme cause possible de cette malocclusion ; néanmoins il n'écarte pas l'influence de l'état général du sujet.

Cette communication sera prochainement publiée.

Discussion.

M. Roy. — Le cas présenté par M. Rousseaux est évidemment intéressant. Je crois seulement qu'avant de dire que la maladie de Parkinson joue un rôle dans l'évolution de cette malocclusion, puisque M. Rousseaux émet cette hypothèse, il serait bon, dis-je, qu'on examinât un certain nombre de malades atteints de paralysie agitante pour voir s'il se rencontre chez eux fréquemment de déformations semblables.

M. Rousseaux. — J'ai cherché à me documenter à ce sujet, mais je me suis dans ce cas heurté à une sorte de dédain affecté pour l'examen bucco-dentaire. D'autre part, un professeur de la Faculté de Lille m'a dit avoir déjà rencontré dans la paralysie agitante des troubles du côté de la mastication. Maillard, dans sa thèse, cite des cas de troubles masticatoires.

M. Roy. — Quel est l'état des molaires. Sont-elles solides ou ébranlées ?

M. Rousseaux. — Elles sont très solides.

M. Roy. — D'après l'examen des modèles qui nous ont été présentés, cette malocclusion paraît être due à l'élongation des molaires. Cela pourrait s'expliquer par une sorte de fonte des dents antérieures, comme dans les cas signalés par Capdepont sous forme de dystrophie familiale ; les dents prennent une couleur sucre d'orge translucide, et paraissent en quelque sorte fondues. Il ne paraît pas en être ainsi dans le cas particulier, puisque les dents ont conservé leur forme normale et paraissent présenter des traces d'abrasion ancienne, montrant qu'elles se sont articulées normalement.

Par contre, les molaires ne paraissent pas présenter leur position primitive. Les molaires supérieures me paraissent plus longues, et je me demande si cette élongation ne serait pas tout simplement due au traitement tout à fait bizarre imaginé par le confrère qui a soigné antérieurement ce malade, qui avait fait mettre à celui-ci du coton entre toutes ses molaires.

Je me demande si ce ne serait pas ce traitement, prolongé pendant deux ans, qui aurait amené l'élongation des molaires. Puisque malgré cette pratique anormale les dents ne se sont pas ébranlées, et n'ont pas fait de périodontite expulsive, il fallait qu'elles soient extrêmement résistantes, il fallait que ce soit un terrain peu favorable à la pyorrhée. Sans l'influence de l'irritation provoquée par le coton il se serait produit de la périodontite et de l'ostéite hypertrophique de l'alvéole assurant la solidité des dents malgré leur élongation.

En bas, les molaires sont juste au niveau normal, il n'y a donc élongation que du côté des molaires supérieures.

M. Frey. — Je partage l'avis de M. Roy. Nous avons tort dans ce cas de prononcer le mot « pyorrhée » ; il s'agit d'une réaction d'arthrite sous forme *d'arthrite sèche.*

Le malade en question est un hypercalcifié ; l'aspect des dents l'indique nettement ; en outre l'articulation bout à bout a ajouté une cause locale à l'hypercalcification des dents.

Chez un tel malade, quelle a pu être la réaction articulaire sous l'influence de l'irritation locale dont nous a parlé M. Rousseaux ? Ç'a été une réaction, non pas humide, mais sèche, au niveau des molaires, sous forme d'hypercalcification, d'hypertrophie alvéolaire.

Cette dernière, en entraînant l'extrusion des molaires du haut et aussi, quoique moins accentuée, celle des molaires du bas, a provoqué la malocclusion des dents de bouche.

Donc, dans ce cas, ce qui me semble intéressant c'est :

1° La réaction d'arthrite sèche à forme hypertrophique chez un hypercalcifié ;

2° L'extrusion des molaires par hyperproduction alvéolaire ;

3° La malocclusion due à cette extrusion.

M. Touchard. — Pour ce qui est du traitement, vous avez signalé l'utilité qu'il y aurait à surélever l'articulation ; il me semble en effet que c'est la seule chose à tenter en pareil cas.

M. Frey. — Il serait intéressant de rechercher si dans d'autres cas de maladie de Parkinson, on trouve souvent des modifications dans les articulations autres que les articulations alvéolo-dentaires, aux doigts, aux poignets, par exemple.

M. Rousseaux. — Pour qu'il y ait eu des modifications articulaires autres que celles qui nous intéressent, il faudrait que les nerfs qui commandent ces articulations aient une origine protubérantielle voisine du noyau rouge, puisque c'est lui qui est en cause, comme je viens de vous le dire.

M. Touchard. — Si M. Rousseaux voulait compléter sa documentation à ce sujet, il y aurait là un point intéressant à élucider.

M. Rousseaux. — ... surtout que la bibliographie est absolument muette à ce sujet.

M. Mendel-Joseph. — Dans la maladie de Parkinson l'anatomie pathologique n'est nullement fixée; les auteurs ne sont point d'accord à ce sujet. Les uns accusent des lésions irritatives des faisceaux pyramidaux, les autres des lésions protubérantielles ou péri-épendymaires, d'autres encore des altérations des cellules des cornes antérieures et de leurs prolongements. Je ne pense donc pas que l'on soit fondé de rattacher les déformations dont il s'agit à la lésion anatomique invoquée dans l'hypothèse de M. Rousseaux.

Je suis plutôt disposé à penser que ces déformations sont dues à une cause purement mécanique, telle que l'interposition des rouleaux de coton entre les dents, conjointement à quelque arthropathie purement locale dont parle M. Frey.

M. Meng. — Puisqu'il est question de malocclusion, je rappelle un cas que j'ai signalé il y a une quinzaine d'années d'un sujet de 60 ans, de constitution très robuste, et qui, articulant normalement jusque-là, avait présenté, à la suite d'une affection faisant obstruction à la respiration nasale, une malocclusion nettement caractérisée.

III. — Note sur l'étiologie de la leucoplasie, par M. Roy.

Dans cette communication, qui sera publiée, M. Roy rapporte un cas de leucoplasie buccale chez une femme, intéressant par l'étiologie que lui assigne l'auteur.

La syphilis n'a pu être incriminée, non plus que le tabac. La seule cause qui, d'après M. Roy, puisse être invoquée, est l'habitude qu'a la malade, qui est originaire de l'Amérique du Sud, de boire plusieurs fois par jour, des infusions bouillantes de maté : la chaleur agirait comme irritant de la muqueuse, comme la fumée de tabac dans la généralité des cas de leucoplasie buccale.

Discussion.

M. Meng. — Votre patiente avait-elle eu des accidents syphilitiques.

M. Roy. — C'est toujours là une question un peu délicate, quand il s'agit d'une femme et quand il n'y a pas lieu de rechercher ce point d'une façon absolument catégorique. Néanmoins les quelques questions que j'ai pu lui poser à ce sujet n'ont pas pu me faire supposer qu'elle ait eu la syphilis. Je ne vous dis cependant cela que sous bénéfice d'inventaire, bien entendu.

Cette personne m'a affirmé n'avoir jamais fumé. Elle m'a raconté ce que je viens de vous exposer au point de vue de l'usage du maté.

M. Frey. — Elle n'avait jamais fait de fausses couches ?

M. Roy. — C'est de ce côté-là que je me suis renseigné. J'ai fait de même quelques questions au point de vue de la santé générale, et les réponses qui m'ont été faites ne m'ont pas donné à penser que cette personne avait eu la syphilis.

M. Frey. — La leucoplasie est tout à fait à l'ordre du jour.

M. Touchard. — Cette question a été traitée tout récemment à l'Académie de médecine par M. Landouzy, qui affirme qu'elle est le plus souvent spécifique.

Les cas sont extrêmement fréquents, dans lesquels la syphilis n'est pas avouée par la malade. Cependant nous autres, dentistes, nous avons souvent l'occasion de constater cette affection en dehors de tout interrogatoire, par le seul examen de la muqueuse.

Le cas de leucoplasie que nous rapporte M. Roy est intéressant, puisqu'il tend à lui assigner une origine qui n'est ni syphilitique, ni tabagique.

M. Roy. — Je ne voudrais pas affirmer que dans le cas présent la syphilis ne joue pas un rôle. Je n'en sais rien, en vérité. Mais nous savons que la syphilis ne suffit pas à elle seule pour produire de la leucoplasie. La syphilis seule peut provoquer des glossites mais d'un autre genre. On voit la langue fendillée, en carte géographique, en sorte de marquetterie.

Pour ma part je n'ai jamais rencontré les plaques leucoplasiques que chez des fumeurs sauf dans un cas mais où la plaque était très petite et de nature douteuse.

M. Mendel-Joseph. — Récemment, M. Landouzy, dans un article sur la leucoplasie buccale, a dit qu'à plusieurs reprises il a diagnostiqué la syphilis, méconnue jusqu'alors uniquement d'après des plaques leucoplasiques.

M. de Névrezé. — J'ai publié il y a huit ans en collaboration avec M. Chompret un cas de leucoplasie syphilitique aiguë. Il s'agissait d'un jeune homme de 23 ans qui était venu à l'hôpital à la suite de symptômes secondaires de la syphilis, qui s'étaient doublés de symptômes cérébraux graves, de diabète (il avait jusqu'à 150 à 160 grammes de sucre par jour).

Les phénomènes de leucoplasie s'étaient montrés avec une telle intensité sur la totalité de la langue, sur le palais et la muqueuse de la bouche, que M. Danlos, qui était alors mon chef de service, en était très surpris. J'ai publié cette observation qui était un cas de leucoplasie aiguë tout particulier. Je dois dire que cette leucoplasie guérit en l'espace de trois semaines ou d'un mois, au plus, à la suite d'un traitement très intense, de même que la chûte des cheveux s'arrêta, et les phénomènes de diabète sucré disparurent complètement.

M. Roy. — Le cas de M. de Névrezé ne rentre pas dans les cas

habituels de la leucoplasie, qui est, par essence, une maladie chronique.

Je profiterai de cette occasion pour vous dire deux mots au sujet du traitement spécifique de la leucoplasie. On a prétendu que la leucoplasie buccale pouvait se guérir sous l'influence du traitement spécifique. Or je crois que si, comme il est probable, la leucoplasie est d'origine syphilitique, elle est comme un certain nombre d'affections, comme le tabès par exemple, une de ces affections que Fournier a appelé *para-syphilitiques* qui sont absolument rebelles au traitement spécifique.

J'ai eu l'occasion de soigner un malade qui habite les Antilles et fait d'assez fréquents séjours à Paris.

Il présentait une leucoplasie intense. La langue était couverte d'un enduit blanc très net, dur, corné même. Il avait même des îlots leucoplasiques sur le palais. Ce malade a été soumis au traitement spécifique par les injections d'huile grise. Les médecins qu'il avait consultés lui ayant conseillé ce traitement, lui affirmant qu'il serait sinon guéri, au moins très amélioré par lui.

J'ai suivi ce malade pendant deux ans, peut-être même trois ans pendant lesquels il a été soumis à maintes reprises à des séries d'injections.

Pendant tout ce traitement, ce malade faisait très soigneusement traiter ses dents atteintes de périodontite expulsive et je ne pouvais suivre ainsi les modifications de sa muqueuse buccale. Or malgré un traitement intensif, chez ce malade qui, grand fumeur, avait totalement renoncé au tabac, j'ai pu constater que non seulement les lésions n'ont pas rétrocédé mais elles ont plutôt augmenté. Ce malade était un syphilitique avéré, il présentait des exostoses craniennes qui n'ont pas plus bougé que sa leucoplasie, elles sont exactement comme elles étaient il y a trois ans quand je l'ai vu la première fois.

Ainsi donc si la leucoplasie, chez ce malade, n'a pas diminué et a plutôt augmenté, et j'ai pu faire la même constatation chez d'autres malades que j'ai moins suivis que celui-ci, je considère qu'il se serait mieux trouvé de n'être pas soumis au traitement spécifique. Il y aurait intérêt à ce que ceux d'entre nous qui ont des observations intéressantes au sujet de l'influence du traitement spécifique dans la leucoplasie voulussent bien les publier. Il y a là un gros intérêt pour les malades qu'il n'y aurait pas lieu de soumettre à un traitement, si celui-ci devait être absolument inefficace.

Pour ma part, je pense que, si la leucoplasie est une affection spécifique, elle ne bénéficie pas de ce traitement spécifique.

La discussion de la communication faite par M. de Névrezé à la séance précédente, est remise à une date ultérieure.

Sur la proposition du bureau, la Société adopte en principe le projet de participer au Congrès d'hygiène scolaire de 1910.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

Rectification. — Au sujet des services dentaires dans les écoles (V. *Odontologie,* 30 juillet 1908, p. 71), notre confrère Isnard, de Saint-Germain, nous écrit que le service dentaire des écoles de Saint-Germain « a été organisé en 1904 par la municipalité, sur l'initiative de M. Isnard, et fonctionne actuellement sous la direction de deux dentistes diplômés, MM. Debray et Isnard ».

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 28 juillet 1908.

La Société Odontologique de France a tenu sa séance mensuelle le mardi 28 juillet 1908, à 9 heures, sous la présidence de M. Barden, vice-président.

Après lecture par *M. Dubois* du procès-verbal de la dernière séance, M. Barden fait connaître le procédé de pansement permanent qu'il a adopté dans la pulpectomie coronaire, dont il a précédemment décrit minutieusement la technique [1]. Il se sert, à cet effet, d'une pâte composée de traumaticine et de tannin. Il rappelle les indications de la pulpectomie coronaire, qui constitue une opération excellente.

Le temps le plus laborieux étant le remplissage de la chambre pulpaire avec une pâte, M. Barden a cherché une substance se prêtant aisément aux manipulations nécessaires à ce remplissage.

La traumaticine à laquelle il incorpore du tannin au moment de l'emploi, lui a paru présenter toutes les conditions recherchées dans un pansement de ce genre. L'évaporation du chloroforme permet de saisir le moment où la pâte présente la consistance la plus favorable ; elle se manie facilement, n'adhère pas aux instruments, et par ses composants elle agit favorablement sur les filets radiculaires sectionnés à l'entrée des canaux ; de plus, elle durcit rapidement : donc pas de compression secondaire.

---

1. V. *Odontologie*, 1906, nº 22, p. 467.

M. Siffre présente le moulage des mâchoires d'un sujet, chez lequel il a eu l'occasion d'extraire autrefois les canines de lait, alors que les dents affectaient une disposition anormale. A la suite de ces extractions les dents ont pris leur place normale. Il s'agit d'un cas de ce que l'auteur nomme redressement physiologique.

M. Siffre entretient ensuite la Société d'un procédé d'obturation de canaux radiculaires à l'aide de mèche en cuivre. Il réserve ce procédé aux canaux difficilement accessibles. Le principe est celui-ci : on introduit une sonde en cuivre dans chaque canal et on l'y laisse ; à l'aide de légers mouvements de va-et-vient opérés avec cette sonde, on peut faire pénétrer dans le canal l'antiseptique choisi ; puis on sectionne la sonde de façon qu'elle ne dépasse pas dans la cavité ; on peut recommencer plusieurs fois cette manipulation ; on obture ensuite comme d'habitude, en laissant cependant en place les sondes en cuivre. M. Siffre depuis trois ans qu'il a adopté ce procédé, s'en est toujours bien trouvé.

M. Dubois lit l'observation d'un cas de bec-de-lièvre compliqué qu'il a eu l'occasion d'examiner.

M. Amoëdo donne un aperçu d'un travail qu'il doit compléter sur l'enseignement dentaire en Espagne, en Portugal et en Amérique latine ; il montre que dans ce pays l'art dentaire fait d'incessants progrès, et que surtout en Amérique latine, l'enseignement s'inspire des méthodes françaises.

La Société nomme ensuite plusieurs délégués qui doivent la représenter au Congrès de l'A. F. A. S. à Clermont-Ferrand.

Elle ne juge pas à propos d'en nommer pour le Congrès d'Angers, dont l'utilité ne lui semble pas évidente, et elle adopte un vœu pour engager tous les dentistes à unir leurs efforts dans un congrès unique, celui de l'A. F. A. S. lui paraissant le mieux qualifié à cet effet, puisqu'il comprend une section d'odontologie.

H. D.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous avons déjà signalé (V. Odontologie, 30 *juillet* 1908, *p.* 83) *l'agitation qui se produit actuellement en Angleterre au sujet de l'exercice de l'art dentaire par des Compagnies. Cette question soulève des points de droit très intéressants, particulièrement avec la législation anglaise qui autorise l'exercice libre de la médecine et de l'art dentaire, mais interdit seulement l'usurpation de titre de médecin ou de dentiste ; elle en soulève également au point de vue de la législation sur les sociétés par actions, c'est ce qui a amené M. Raffalovich à s'occuper de cette question ; celui-ci a bien voulu nous communiquer les épreuves d'un article qui va paraître prochainement sur ce sujet.*

Il n'est pas nécessaire de rappeler la personnalité de M. Raffalovich ; qu'il nous suffise de dire que les études qu'il publie dans le Journal des Économistes *font autorité en économie politique.*

Nous sommes heureux de publier l'article ci-dessous, et nous remercions l'auteur d'avoir bien voulu nous autoriser à en donner la primeur à nos lecteurs.

G. V.

MÉDECINS ET DENTISTES [1]

Par M. Raffalovich,

Membre correspondant de l'Institut,
Délégué à Paris du Ministère des Finances de Russie.

Les difficultés qui se dressent devant le législateur sont nombreuses : tout d'abord, s'il cède à la pression de l'opinion publique et qu'il fasse des lois de circonstance, il y a des chances assez nombreuses que les gens ne seront pas satisfaits du résultat obtenu, qui pourra être tout différent de celui qu'ils espéraient atteindre ; les exemples abondent, il suffit de citer le Boersengesetz allemand de 1896, qui a eu des conséquences fâcheuses pour l'Allemagne, dont il a affaibli l'organisme financier et économique ; pour les intéressés eux-mêmes dont il a entravé la libre activité ; pour la moralité des affaires, car il a provoqué les débiteurs à se dérober à leurs engagements et il n'a rien obtenu comme restriction à la spéculation ; il a poussé celle-

1. Une enquête parlementaire sur l'interdiction d'exercer la médecine ou de pratiquer l'art dentaire en Angleterre sous forme de compagnies.

Report from the Select Committee of the House of Lords, on the Prohibition of medical practice by Companies, bill and the Dental Companies (restriction of Practice), bill 1907.

ci vers les places et vers les valeurs étrangères. De fausses manœuvres législatives ont amené des désastres comme les lois des Etats-Unis sur les achats d'argent par le Trésor avant 1893 (crise effroyable aux Etats-Unis en automne 1893) : il est vrai qu'en matière de monnaie, la sanction économique est extrêmement rapide. Il ne faudrait pas croire que le défaut de mise en vigueur des lois votées et sanctionnées, qui tombent en désuétude faute d'être appliquées, faute de pouvoir être appliquées, fût une bonne chose. Il détruit le prestige de l'autorité. On en sera quitte, il est vrai, pour demander de nouvelles lois plus efficaces, car il y a toujours des gens prêts à solliciter l'intervention du Parlement et du Gouvernement. Mais il est une autre catégorie de mésaventures, contre lesquelles il n'est pas commode de se prémunir : une loi faite dans un but déterminé, rendant des services dans l'ordre d'idées pour lequel elle a été créée, est mise à contribution pour servir à des desseins tout à fait ignorés de ses promoteurs et pour faciliter des abus. C'est ce qui est arrivé en Angleterre avec la loi sur les compagnies par actions, qui a été faite afin de faciliter les entreprises commerciales et industrielles par la participation des capitalistes, désireux de limiter leurs risques à la souscription d'un capital déterminé. Lorsqu'on l'a préparée, votée et promulguée, on ne prévoyait pas qu'il viendrait un jour où ses dispositions seraient exploitées par des gens désireux d'échapper aux responsabilités individuelles qu'entraîne l'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, que suscite la faute lourde en matière de traitement ou d'opérations.

En Angleterre, la loi sur les compagnies par actions limite la responsabilité pécuniaire des actionnaires ; elle rend difficile de poursuivre des revendications importantes contre les employés des compagnies dont le capital est insignifiant. Elle ne contient aucune prescription, la rendant inapplicable à telle ou telle forme d'activité humaine. D'autre part, l'exercice de la profession de médecin est subordonné à l'obtention d'un diplôme délivré par des autorités compétentes, nominativement désignées par la loi : en vertu de la qualification légale, qui en dérive, le médecin a le pouvoir de poursuivre en justice le recouvrement de ses honoraires ; il peut remplir des fonctions publiques spéciales et porter le titre de docteur en médecine MD. Un Conseil médical, composé de représentants de la profession et de personnes compétentes désigné par le Gouvernement, veille aux intérêts généraux de la profession ; il a le droit de faire rayer du registre dans lequel sont inscrits les docteurs en médecine, ceux qui ont commis des fautes graves. C'est une disqualification redoutable. Ajoutons que l'on admet en Angleterre l'usage pour des médecins de s'associer et de pratiquer en commun.

D'autre part la loi anglaise ne contient pas de disposition pénale,

spéciale, contre ceux qui pratiquent sans titre universitaire reconnu : les médecins à côté ne peuvent recouvrer leurs honoraires en justice, ni remplir de fonctions médicales publiques ; ils sont soumis à tous les procès qui menacent les gens usurpant de fausses qualités. Afin de diminuer les risques qui leur incomberaient, les faux médecins ont trouvé dans la loi sur les compagnies par actions une issue à toute difficulté : il leur a suffi de constituer avec l'aide de sept personnes, souscrivant chacune une action, une compagnie avec un capital aussi insignifiant que possible, puis de faire enregistrer l'acte de société à Somerset house ; ils ont pu alors exhiber un document ayant toutes les apparences (et les réalités) d'un acte officiel. Sous le couvert de cette transformation, ils pouvaient ouvrir une boutique à Londres, donner des consultations, vendre des médicaments, et avec l'aide de la publicité, arriver à attirer des clients ; comme la crédulité publique est sans borne, comme les malades veulent avoir des médicaments, cette branche de commerce a pris de grandes proportions : les compagnies ont créé des succursales en province.

A différentes reprises, l'attention du gouvernement et des Chambres s'est portée sur les dangers que présente cet exercice de la médecine, cette vente de remèdes pour les gens malades. Les producteurs authentiques de conseils médicaux, médecins et pharmaciens, ont insisté sur le danger que cette concurrence, faite par des praticiens déguisés en compagnies par actions pouvaient faire courir au public et aux intérêts du corps constitué. Un premier projet de loi fut introduit, il y a quelques années, interdisant l'exercice de la médecine sous forme de compagnies par actions et réglementant également la matière pour les dentistes. Le projet de loi n'aboutit pas devant une opposition qui se fit jour dans la Chambre des communes. Avec quelques modifications, il a été présenté en 1907 ; la Chambre des Lords l'a renvoyé à l'examen d'une Commission de cinq de ses membres, sous la présidence de Lord Hylton. Cette Commission a entendu un grand nombre de dépositions, faites par des médecins, des membres du Conseil général médical, des avocats, des fondateurs-exploiteurs de compagnies, des dentistes.

Il semble qu'en effet, depuis quelques années, les abus de la forme de société par actions ont augmenté. On a cité des cas de fabricants de remèdes, qui, sous une raison sociale ou une autre, vendent au public toujours la même composition avec des résultats fâcheux pour les acheteurs qui croient se trouver en présence de véritables médecins. Un homme, atteint de la maladie de Bright, traité par l'une de ces compagnies qui lui faisait prendre le même remède qu'à une femme souffrant d'ulcères du gros intestin est mort ainsi que la femme. Dans l'une des rues les plus fréquentées de Londres, il se trouve le laboratoire du Dr P... ; le nom de ce docteur n'existe pas

dans le registre des médecins ; lorsqu'un client se présente, c'est le commis de la Compagnie qui répond comme s'il était M. P...

Pour les dentistes, la question est plus compliquée, car il y a pour eux un mélange d'instruction scientifique (maladies de la dentition, soins à donner aux gencives), une partie manuelle (obturation, extraction, arrachage, mise en place des appareils) et de plus la fabrication des dentiers. Les dentistes, dont le niveau d'instruction s'est élevé certainement depuis une quarantaine d'années, ont demandé lors du dernier recensement aux Etats-Unis de figurer parmi les membres des professions libérales, à l'égal des chirurgiens et des médecins. En Angleterre, la réglementation les concernant date de 1878, lorsqu'on introduisit à leur égard quelque chose qui ressemblait au *statut* des médecins ; ils purent justifier de leurs études, passer des examens et être inscrits sur un registre officiel, dont les fautes graves commises par des titulaires pouvaient faire rayer les coupables. En même temps, on institua un régime transitoire pour les dentistes en exercice avant 1878 : sous certaines conditions, ils furent mis sur un pied d'égalité avec ceux ayant satisfait aux exigences du règlement de 1878. Ici aussi la forme de compagnie anonyme a été adoptée par des gens entreprenants, désireux d'échapper à tout contrôle et de vendre en toute liberté des dentiers au public : cette vente de fausses dents est la partie la plus lucrative. Les journaux contiennent de nombreuses annonces de dentiers à bas prix : lorsque les clients et surtout les clientes se présentent pour acheter les appareils annoncés à 25 francs, ils en trouvent difficilement qui aillent à leur bouche ; on leur explique que les dents qu'ils ont encore gênent ; des gens peu consciencieux leur arrachent inutilement des dents saines. Les médecins des hôpitaux et les dentistes sérieux en savent quelque chose, lorsque des victimes viennent se faire soigner chez eux. Il faudrait se garder de généraliser : cependant des abus se commettent, grâce à l'anonymat des compagnies. Souvent ce sont des compagnies fictives, avec un capital insignifiant. M. Victor Goodman a fondé en 1896 une société, qui a trois établissements à Londres, un à Glasgow, Edimbourg, Leeds, Sheffield et Brigthon ; il a expliqué à la Commission de la Chambre des Lords qu'il faisait beaucoup de réclame, qu'il avait engagé des sommes considérables dans l'entreprise, dont le capital nominal est de 17.124 £, sur lesquels 4.124 ont été versés en espèces. Afin d'échapper à toute responsabilité, ces compagnies s'appellent « *** teeth company Limited[1] ».

---

1. Une malheureuse femme d'un policeman vint trouver une de ces compagnies ; on lui plomba les dents avec une matière qui n'était pas de l'or, et on lui fit payer pour de l'or ; on traita ses gencives avec de l'acide sulfurique. Elle dut payer comptant. Elle fit un procès, il lui fut alloué 20 livres de dommages-intérêts qu'elle ne put recouvrer.

Parmi les déposants, il s'est rencontré M. Henry Blunt, *herbalist and pharmaceutical chemist,* président de la National Association of medical herbalists of Great Britain, qui compte quelques centaines de membres. Ces herboristes médicaux traitent les malades qui vont les voir dans leurs boutiques ou leur cabinet, avec des remèdes empruntés aux herbes. Ils se sont plaints du préjudice que la législation allait leur causer.

M. Henry Power, qui est médecin et qui est depuis 36 ans fonctionnaire du Local Government Board, a exposé que les compagnies dont il est question ont surtout pour objet de vendre des remèdes ou des dentiers, plutôt que de faire du bien à leurs clients. Pour les adultes, les remèdes ne sont pas dangereux le plus souvent, car ils se débitent par petite dose, ils le sont davantage pour les enfants en bas âge ; M. Power est nettement d'avis que la responsabilité médicale doit incomber à des individus, non à des compagnies.

Arrivée au terme de ses travaux la Commission s'est prononcée pour l'interdiction absolue en ce qui concerne la médecine ; elle a admis certains allègements pour les compagnies dentaires, existantes depuis cinq ans, sous réserve de remplir certaines conditions déterminées. Cette interdiction aura-t-elle les effets voulus ? Le besoin de vivre rend très ingénieux et permet de découvrir les fissures dans les lois les mieux faites. Cela ne doit cependant pas empêcher de légiférer.

NOUVELLES

Prix de la Société Odontologique de France.

La Société Odontologique a mis au concours pour l'année 1908 le sujet suivant : *Pathogénie et mécanisme des complications de la carie pénétrante de l'incisive latérale supérieure.*

La valeur de ce prix est de 200 francs. Pour pouvoir concourir, il suffit d'avoir le droit d'exercice légal de la chirurgie dentaire.

Les mémoires devront être écrits en français, et transcrits à la machine à écrire.

Ils ne devront contenir que : 1° le titre du sujet ; 2° une devise qui devra être reproduite dans une enveloppe cachetée.

Les mémoires devront être déposés à l'Hôtel des Sociétés Savantes, à l'adresse du président de la S. O. F. au plus tard le dernier mardi du mois de décembre, sous enveloppe cachetée contenant également une deuxième enveloppe reproduisant la devise.

Association Française pour l'Avancement des Sciences.

La prochaine réunion de l'A. F. A. S. se tiendra à Lille, dans la première semaine du mois d'août 1909.

* * *

La Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. a désigné, pour la session de 1909, comme président M. Siffre, comme vice-président M. Roy.

Fédération Dentaire Internationale.

La F. D. I. a décidé de tenir à Berlin sa réunion de 1909.

M. Sauvez a été élu président de la F. D. I., en remplacement du regretté professeur Miller. Nous lui adressons nos plus sincères félicitations.

Société Coopérative des Dentistes de France.

La Société Coopérative a tenu son assemblée générale annuelle, au siège social le vendredi 26 juin. La séance était présidée par M. Roy, assisté de MM. Delair et Lemerle.

M. de la Loge a donné lecture du rapport des commissaires des comptes, et MM. Maire et Baelen, du bilan au 31 décembre 1907 et du rapport d'ensemble du Conseil d'administration.

Ces rapports constatent l'excellente situation de la Coopérative: ils ont été adoptés à l'unanimité et l'assemblée a approuvé la répartition de bénéfices proposée par le Conseil.

Ont été réélus administrateurs : MM. Godon, d'Argent et Baelen.

Ont été nommés administrateurs suppléants : MM. Audy (de Senlis), Dreyfus, Frey, Miégeville, Pailliottin.

Commissaires des comptes : MM. de la Loge, Barkowski, Desforges.

MM. les Sociétaires recevront très prochainement leur relevé de compte d'intérêts et bénéfices.

Mariage.

Nous apprenons avec plaisir le mariage de M. Charles Guébel, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, fils de notre confrère Pierre Guébel, avec Mlle Coulon.

Toutes nos félicitations.

ERRATUM

Dans l'article de M. Mendel-Joseph, intitulé *Cataphorèse, électrolyse, ionisation*, et publié dans *L'Odontologie* du 15 juillet 1908, se sont glissées un certain nombre d'erreurs typographiques que nos lecteurs auront rectifiées d'eux-mêmes. Néanmoins l'auteur nous prie de publier l'erratum suivant :

Page	5	ligne	15,	lire :	de l'anode *vers* la cathode.
—	—	—	16,	— :	professeur *Morton*.
—	6	—	5,	— :	un courant *chez* une grenouille.
—	—	—	6,	— :	on peut *observer*.
—	—	—	8,	— :	*de l'anode vers la cathode*.
—	—	—	11,	— :	*oxyhémoglobine*.
—	—	—	12,	— :	*manifestent les propriétés*.
—	8	—	15,	— :	*concentration* moléculaire.
—	10	—	9,	— :	de composition *complexe*.
—	12	—	4,	— :	radicaux acides ou *halogènes*.

28e ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PROTHÈSE RESTAURATRICE TARDIVE DE LA RÉGION JUGO-MALAIRE

Par MM. GEORGES LEMERLE,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris,

et GEOFFROY,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, mars 1908.)

Au début du mois de décembre dernier, notre maître, le professeur Sebileau, nous adressait une de ses opérées, Mme B., en nous priant de lui construire un appareil de prothèse restauratrice tardive, pour perte de substance consécutive à l'ablation d'un épithélioma de la joue gauche.

M. Sebileau, pour atteindre les limites du mal avait dû réséquer les parties molles de la joue, l'os malaire jusqu'au rebord orbitaire, la paroi antérieure du sinus maxillaire et une portion de la paroi extérieure de la fosse nasale correspondante.

Cette énorme brèche s'était comblée en partie, et M. Sebileau y avait aidé en greffant sur les bourgeons charnus des lambeaux épidermiques.

La cicatrisation complètement effectuée, la malade présentait dans la région jugo-malaire gauche une vaste dépression en forme d'entonnoir causée par l'absence de l'os malaire. Au centre de cette dépression, une ouverture, du diamètre d'une plume d'oie et en voie de réduction pro-

gressive, laissait encore communiquer le sinus maxillaire avec l'extérieur.

La rétraction cicatricielle favorisait, en outre, un début d'ectropion de la paupière inférieure.

A point de vue de prothétique il s'agissait de fermer cette brèche creusée dans le squelette facial, à l'aide d'un obturateur reconstituant les contours normaux de la joue et s'étendant du rebord orbitaire à la commissure des lèvres et du sillon naso-génien, à deux travers de doigts, environ, du conduit auditif.

Le moulage de la face ayant été pris, il fut facile de modeler en cire la portion manquante de la région jugale et d'estamper une plaque d'aluminium obturant la brèche et reconstituant la saillie de l'os malaire et les contours de la joue. Cet obturateur s'appliquait exactement sur le pourtour de la brèche et, peint soigneusement des mêmes couleurs que celle de la peau voisine, il remplissait assez bien son office. La difficulté consistait dans la recherche du mode de rétention à utiliser pour maintenir l'obturateur en place. (Nous signalons de suite que la malade complètement édentée, portait un dentier complet.)

Trois moyens se présentaient à nous :

1° Un ressort contournant la tête, prenant son point d'appui sur la mastoïde droite et venant appliquer à gauche la joue artificielle, comme un bandage herniaire s'appuie sur le sacrum pour appliquer une pelote sur le trajet inguinal.

Nous avons rejeté ce moyen comme peu pratique au niveau de la tête et sujet à une mobilisation trop facile.

2° Un appareil dentaire portant un crochet épousant le bord de la lèvre au niveau de la commissure, un anneau contournant le pavillon de l'oreille, constituent les points d'appui entre lesquels est tendu un élastique qui applique, par sa face profonde, la joue artificielle sur les téguments. La face interne de cette joue artificielle est concave ; elle porte un anneau sur chacun de ses bords, antérieur et postérieur, un troisième anneau est placé au centre de la concavité. Il résulte de cette disposition, qu'un élastique engagé

dans ces trois anneaux, dont un est sur un plan antérieur aux deux autres, applique étroitement la plaque concave sur la surface où il se trouve fixé.

C'est d'après cette conception que nous avons construit un premier appareil.

La joue artificielle tenait bien en place, mais au bout de quelques jours la pression de l'anneau entourant le pavillon de l'oreille occasionnait des douleurs qui, rendant pénible



le port de notre obturateur, nous décidèrent à chercher un autre mode de rétention.

3° Un ressort coudé, contournant la lèvre supérieure, fixé par une de ses extrémités à un appareil dentaire et d'autre part à la face interne de la plaque obturatrice, devait pouvoir appliquer fortement cette dernière sur la peau et constituer ainsi un moyen de rétention fort simple.

Nous l'avons mis à exécution de la façon suivante. Obtenu en repliant inégalement sur lui-même un fragment de fil de piano, le ressort se fixe par sa branche courte dans une douille placée dans le caoutchouc de l'appareil dentaire entre la canine et la petite molaire.

Sa branche longue s'engage dans une coulisse fixée sur

la face profonde de la plaque obturatrice, qu'elle maintient solidement en place. Afin de donner plus d'assise à cette dernière, nous avons accolé deux ressorts l'un à l'autre : les deux branches courtes soudées ensemble s'engagent dans la même douille, les deux branches longues, divergeantes, vont se fixer à chaque extrémité de la plaque qu'elles sont chargées de soutenir.

Par ce procédé, nous avons eu la satisfaction d'obtenir une fixité parfaite de la joue artificielle nécessaire à notre malade qui a pu, dès lors, reprendre le cours de ses occupations. La paupière inférieure étant bien soutenue par notre appareil, le début d'ectropion dont nous avons parlé s'est arrêté.

Les diverses recherches que nous avons exécutées à propos de cette intervention nous ont amenés à étudier les principaux moyens de faire tenir en place une joue artificielle.

Nous pensons pouvoir conclure que le meilleur mode de rétention sera fourni par la méthode du ressort fixé à un appareil dentaire et que nous venons de décrire.

Elle présente suivant nous les avantages suivants :

1° Maximum d'application de l'obturateur sur les téguments.

2° Minimum de visibilité.

3° Extrême simplicité de construction.

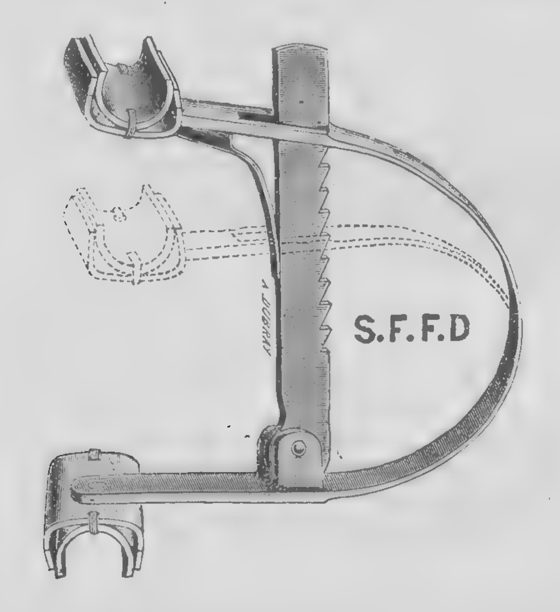
INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

NOUVEL ÉCARTEUR

Par M. Décolland.

(Présentation à la Société d'Odontologie, juillet 1908.)

En construisant cet ouvre-bouche, j'ai voulu établir un mécanisme susceptible de remplir convenablement le rôle très important que jouent ces sortes d'appareils dans l'anesthésie de cette durée, d'une part, et dans les interventions qui ont lieu dans la bouche, d'autre part. Tout bon ouvre-bouche doit remplir deux conditions principales : mis en place, il doit progressivement suivre les mouvements de la mâchoire lorsqu'elle tend à s'ouvrir, tout en l'empêchant de se



refermer ; *il doit ensuite pouvoir se retirer facilement aussitôt l'opération terminée.* Cette dernière manœuvre est très importante, d'abord, pour faciliter la respiration qui est légèrement paralysée par l'exagération de l'ouverture de la bouche qui appelle la langue vers la glotte.

Il est facile de se rendre compte soi-même de cette difficulté de respirer en ouvrant fortement la bouche. Ensuite, d'éviter que le sang n'arrive dans la trachée, et soit absorbé par le malade avec des débris anatomiques qui auraient pu échapper à l'opérateur au cours de son intervention toujours rapide.

C'est pour l'une de ces dernières causes, que je préconise le réveil complet du malade, avant l'administration d'une nouvelle dose de chlorure d'éthyle, et non en pleine anesthésie comme cela a été fait jusqu'ici.

Si les différents modèles d'ouvre-bouche que nous avons remplissent bien la première condition, s'ils s'opposent bien à l'occlusion de la bouche, il est certain que les différents modèles existants sont difficiles à enlever. Pour y arriver il faut quelquefois attendre le réveil du malade et la disparition de la constriction des muscles masticateurs.

C'est à cet inconvénient que je me suis efforcé de remédier ainsi que vous pourrez vous en rendre compte avec ce modèle ouvre-bouche que je vous présente.

Pour le mettre en position, il suffira d'agir avec le pouce sur le sommet de la branche à crémaillère, exercer une pression sur les deux branches flexibles qui se rapprocheront de leurs extrémités.

Pour le retirer, une simple pression sur le sommet de la branche qui se déclanchera et l'ouvre-bouche perdra de sa fonction.

Comme certains ouvre-bouche, ses points d'appui sont articulés et ses branches peuvent exécuter les mouvements de latéralité.

CONGRÈS DE CLERMONT-FERRAND

Du 3 au 9 août 1908.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

COMPTE RENDU

Par M. J. PAILLIOTTIN,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Suite [1].)

L'enseignement de la Stomatologie et de l'Odontologie. — Le traitement des irrégularités dentaires et la force intermaxillaire. — Repousse des cheveux au cours d'affections dentaires aiguës. — De la radiographie en art dentaire. — Le développement des dents chez le « Torpedo galvani ». — Diagnostic des pulpites; importance du diagnostic pour le traitement. — Preuves du traitement conservateur dans la pulpite. — Erosion dentaire atypique, probablement d'origine dystrophique. — Application de la prothèse à la réduction des fissures congénitales des maxillaires supérieurs. — De l'utilité de la radiographie en art dentaire. — Etude comparative de la dent à pivot simple, à demi-bague, et Richmond. — L'angine d'origine dentaire. — L'état histologique des follicules dentaires chez les embryons, fœtus et nouveau-nés dans les cas d'infection conceptionnelle (syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc...). — Présentation d'un odontome radiculaire. — Etudes de thermométrie buccale. — Névralgie oculaire d'origine dentaire. — Les relations entre l'irritation gingivo-dentaire et l'eczéma régional de l'adulte. — Le coryloforme, anesthésique général. — Nouveau masque pour l'anesthésie générale. — Présentation d'un appareil compresseur et chauffeur pour les inlays en or. — Clôture de la session; le prochain Congrès.

M. GODON. — L'ENSEIGNEMENT DE LA STOMATOLOGIE ET DE L'ODONTOLOGIE.

Cette communication fut une des plus intéressantes du Congrès, tant au point de vue des idées qu'elle renferme, que de la discussion à laquelle elle a donné lieu.

L'auteur fait l'historique de la question; il passe en revue les avantages que recueille chacun des partis en présence: il montre que, en particulier, les chirurgiens-dentistes verront diminuer la pléthore, par les solutions proposées, augmentation du nombre des années de scolarité, examens d'entrée plus difficiles, et que l'on formera de meilleurs praticiens grâce au stage de prothèse ; cette solution, qui n'est radicale ni dans un sens ni dans l'autre, sauvegarde les droits de chacun et réserve l'avenir. Il conclut ainsi :

1. V. *Odontologie*, 15 août 1908, p. 114.

« Les conditions d'enseignement de l'Odontologie et de la Stomatologie ont donné lieu à des controverses nombreuses qui ont divisé les dentistes en *odontologistes* (partisans de la conservation du diplôme et des études spéciales) et en *stomatologistes* (partisans de l'obligation du doctorat en médecine).

» La question a fait l'objet, cette année, d'études et de rapports nombreux émanant de commissions officielles et professionnelles diverses. Les conclusions émises par ces diverses commissions ont abouti à des vœux assez semblables, qui paraissent offrir une solution de la question de nature à donner satisfaction aux uns et aux autres. Ils tendent en effet :

» 1° *A ce que la stomatologie fasse partie du programme des étudiants en médecine, au même titre que les autres spécialités médicales, et soit enseignée, comme elles, dans les Facultés de médecine ;*

» 2° *Au maintien du diplôme de chirurgien-dentiste et à la réforme des études et des examens dentaires dans le sens technique.*

» Le but de la communication est de constater ces résultats en montrant que les vœux en question peuvent être appuyés et acceptés par tous les dentistes (odontologistes et stomatologistes) et que leur transformation prochaine en décrets par les pouvoirs publics doit être désirée par tous.

» Un essai loyal de la constitution nouvelle faite ainsi, au moins transitoirement, à la profession dentaire, serait favorable à ses progrès et rétablirait la paix et l'unité professionnelles, parmi les dentistes sans qu'ils soient obligés d'abandonner leurs espérances en une évolution qui, par des étapes successives, conduirait à la solution qu'ils ont rêvée.

» Il aiderait également, en dissipant bien des malentendus, à permettre aux dentistes d'occuper dans la grande famille médicale la place à laquelle leur donnent droit la nature de leurs études, les conditions d'exercice de la profession et les prescriptions de la loi de 1892. »

Discussion.

M. Siffre félicite M. Godon de son dévouement pour les dentistes : il constate que, bien que docteur en médecine, son passage à la cheville a laissé en lui une forte et ineffaçable empreinte ; pour sa part, il va essayer de définir ce qui signifient ces deux mots : Stomatologie et Odontologie. Il ne voit aucune différence entre les deux. Certains ont éprouvé le besoin de cataloguer, d'étiqueter sous une épithète plus sonore, semblant impliquer l'idée de quelque chose de supérieur, deux choses identiques. En effet, que font les stomatologistes : de l'odontologie pure. Il ne saurait, en effet, être question pour la Faculté, d'organiser l'enseignement de la vraie stomatologie (opérations de cancer, tumeurs, etc.), mais ce qu'elle veut, c'est que les

médecins connaissent les dents ; il y a des spécialistes, les laryngologistes, par exemple, qui s'occupent du sinus, du maxillaire supérieur, de la gorge, du nez : c'est eux que le patient va voir, ce ne sont pas les stomatologistes, qui ne s'occupent pas, en réalité, des lésions buccales et péri-buccales, sauf de celles qui intéressent la région gingivo-dentaire ; quand un malade, porteur d'une sinusite s'adresse à eux, ils soignent cette sinusite comme les odontologistes, ou l'envoient à un spécialiste ; ils ne font donc pas de stomatologie. Il n'y a qu'un mot pour qualifier tous ceux qui ne s'occupent que de soigner les dents : c'est le mot *odontologie* : science de ce qui se rapporte aux dents, et comme la faculté ne veut enseigner que cela, on n'y enseignera que l'odontologie, pas la stomatologie, car il faudrait déposséder des praticiens qui ont fait entrer la stomatologie, la vraie dans leur domaine ; on ne veut pas enseigner à la Faculté l'extirpation des tumeurs du maxillaire supérieur, par exemple, qui font partie de l'enseignement de MM. X... ou Y...

Il pense que les écoles reconnues d'utilité publique devraient offrir leur concours aux facultés pour les étudiants ; il y a là une question d'ordre pécuniaire qui pourrait faire accepter cette offre, tout au moins provisoirement.

M. Cavalié. — Les chirurgiens-dentistes doivent d'abord élever leur profession par des modifications dans l'enseignement.

Les adversaires du chirurgien-dentiste invoquent : l'instruction préliminaire insuffisante, la jeunesse des étudiants, qui permet à des non-majeurs, par suite à des irresponsables, la pratique de l'anesthésie générale. Il se félicite que les décrets en préparation demandent cinq années d'études et suppriment un des examens d'entrée. Il croit que l'instruction médicale du chirurgien-dentiste a besoin d'être augmentée ; il a fait modifier aussi le troisième examen dans un sens plus technique de la façon suivante :

Aux termes du décret de 1894 régissant les examens, on ne peut, au troisième, demander de prothèse, et si on l'observait à la lettre, aucune opération de dentisterie opératoire ne pourrait être demandée, car même une obturation est de la prothèse, par définition : or le décret dit : le troisième examen portera sur les affections dentaires, les maladies qui y sont liées et les opérations préliminaires à la prothèse.

Il a fait interpréter le mot *opérations* dans son sens le plus large et il fait, à Bordeaux, passer le troisième examen de la façon suivante, afin de le rendre effectif :

1° Une épreuve technique (obturation à l'or ou par un inlay ; préparation de cavité et obturation). Temps 1 h. 1/4 ;

2° Examen clinique d'un malade, portant sur des complications immédiatement dentaires (abcès, fistules, etc.) ;

3° épreuve : Une prise d'empreinte ou une extraction avec ou sans anesthésie (tirage au sort).

Il pense donc qu'il faut obtenir :

1° Réforme du troisième examen ;

2° Limitation de l'âge d'admission ;

3° Une éducation médicale plus complète du dentiste.

M. Siffre dit que l'Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique pourra faire bien des choses à ce sujet ; il félicite M. Cavalié du succès qu'il a pu obtenir à Bordeaux et il dépeint humoristiquement de quelle navrante façon se passe actuellement le troisième examen, ce que nous savons tous du reste.

M. Durand (de Lyon) demande quels sont les moyens d'aboutir ; il pense qu'en face de cinq ans d'études, quelques dentistes intéressants reculeront ; il pense qu'il faudrait peut-être seulement des examens de sortie plus difficiles.

M. Georges Villain dit que l'on pourrait peut-être demander au troisième examen la préparation d'une dent pour dent Richmond ou pour couronne ; que du reste, tout notre travail, cabinet ou atelier, est de la mécanique (préparation de cavités, etc.).

M. Godon répond qu'il a voulu résumer l'état de la question. « Nous avons actuellement, dit-il, dépassé la période des vœux et allons entrer dans celle des réalisations ; tout va lentement : les pharmaciens attendent depuis vingt-cinq ans ; nous, il n'y a que seize ans que nous bataillons contre le troisième examen ; Brouardel lui-même, qui l'a organisé, l'a qualifié d'examen de pure apparence : en réalité il est ridicule,par la faute des examinateurs, qui ne tirent pas du sommaire de l'examen tout ce qu'ils en pourraient tirer.

C'est donc aux jurys d'examen qu'il faut reprocher de faire de mauvais dentistes, et non aux écoles ; c'est l'Etat qui est responsable, par suite de l'insuffisance de l'examen qu'il fait passer. Nous aurons satisfaction sur ce point, puisque les réformes sont prêtes à être réalisées dès que la discussion en sera épuisée.

Ces réformes portent sur :

1° *Relèvement des études préliminaires par suppression d'un des examens d'accès aux écoles*. Le baccalauréat ne sera pas imposé pour des raisons d'ordre général ;

2° *Examens annuels ;*

3° *Stage de prothèse préliminaire d'une durée de deux ans*, ce qui donne satisfaction à la fois à ceux qui craignent la pléthore et à ceux qui veulent développer davantage l'habileté manuelle ;

4° *Réforme du troisième examen qui comprendra :*

1° Une épreuve clinique (celle actuellement existante) ;

2° Une épreuve pratique ;

3° Une épreuve de prothèse.

Ces réformes donnent donc satisfaction à presque tous nos desiderata, et il faudrait que tous les groupements dentaires fussent unanimes à les accepter ; ce projet est réalisable et peut être transformé en décret : il faut donc l'appuyer de toutes nos forces, et ne rien demander d'autre, pour le moment, aux pouvoirs publics, car cela pourrait en retarder peut-être indéfiniment l'application. C'est un bon commencement de réformes, et il ne faut pas risquer de ne rien obtenir pour nous être montrés trop exigeants.

Après ces explications, données avec la force persuasive de M. Godon, sa clarté et sa logique coutumières, les congressistes présents, voulant marquer une fois de plus leur reconnaissance à leur éminent confrère, auquel ils doivent tant, reconnaissant qu'il fait toujours passer avant ses préférences personnelles la volonté de la majorité, battirent en son honneur un triple ban, bien mérité par ce nouveau succès odontologique, dont il lui revient une si large part.

M. Ch. Godon. — Le traitement des irrégularités dentaires et la force intermaxillaire.

« L'auteur rappelle les communications qu'il a faites, à Reims et à Lyon, sur la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire des dents et ses rapports avec les irrégularités dentaires et leur traitement. Il cite la communication faite par M. Henri Villain à la Société d'Odontologie de Paris, en février 1908, sur un cas de redressement où ce procédé avait été employé. Il complète l'historique de l'emploi de la force intermaxillaire, utilisée aux Etats-Unis depuis 1893, indique les conditions de son emploi et cite deux observations de correction d'irrégularités.

» Dans le premier cas, il a employé la force intermaxillaire ; dans le second, le plan incliné pour produire le saut de l'articulation ou « *jumping the bite* » ; des résultats obtenus, il déduit des conclusions toutes en faveur du premier procédé et termine en recommandant l'emploi de la force intermaxillaire pour le traitement de certaines irrégularités dentaires. »

Ce qu'il y a de remarquable dans les résultats obtenus, c'est que la patiente portant l'appareil fixe ne suivit pas un traitement régulier, obligée qu'elle était à des absences continuelles et longues ; néanmoins le résultat que l'auteur nous soumet a été atteint en huit mois, tandis qu'avec la patiente portant l'appareil amovible le traitement a duré près de deux ans ; de plus, avec le premier on a obtenu une mobilisation effective du bloc incisif et des dents, tandis qu'avec le second, le changement s'est opéré seulement au niveau de l'articulation. Par suite, on a plus d'espoir dans la conservation du résultat acquis dans le premier cas que dans le second.

M. G. Villain félicite M. Godon qui est le promoteur en France

des idées américaines sur l'orthodontie ; il voit dans les modèles soumis la confirmation des idées qu'il a émises à Reims relativement aux résultats nettement supérieurs qu'on obtient avec la méthode d'Angle. Il constate qu'avec le plan incliné on ne fait pas un redressement, mais seulement une modification de la fermeture de la bouche, et rappelle que l'attachement doit être calculé selon la résistance du maxillaire à régulariser.

M. Siffre. — Il est important de voir sur quel maxillaire on doit agir ; on doit voir s'il y a protrusion ou rétrusion de l'un ou l'autre des maxillaires, afin de ne pas créer une nouvelle anomalie ; faute d'une esthétique exacte, on pourra faire un prognathe réel en voulant corriger une anomalie de rétrusion apparente ; y a-t-il simplement inclinaison des dents par rapport à l'apex ou avancement de tout le massif osseux ; il juge les points de repère choisis par Angle peu sûrs, et propose que l'on prenne, pour les remplacer, le placement de la canine inférieure entre l'incisive latérale et la canine supérieure comme cela se passe chez tous les carnivores et que cela est suffisant pour amener l'engrènement normal de toutes les dents.

M. Meng dit que la raison qui a présidé au choix du placement des molaires comme base est la suivante : l'éruption des molaires de 6 ans est bien antérieure à celle des canines ; il rappelle qu'en 1898, il pratiquait le saut de l'articulation alors qu'en Amérique, en 1899, on discutait seulement si la chose était possible. Avec l'ancrage, ajoute-t-il, on avance les dents, avec le plan incliné on avance le maxillaire, ce qui fait, dans le premier cas, arriver les lèvres sur le même plan tout en laissant le menton en arrière.

M. Godon insiste sur la classification d'Angle qui a pour base les rapports entre les molaires de six ans.

Le tubercule mésial de la première grosse molaire supérieure entre les tubercules de la première grosse molaire inférieure est la base d'une articulation normale entre les deux arcades dentaires. Si ce tubercule est placé entre la deuxième prémolaire et la première grosse molaire inférieure l'articulation est dite distale à la normale, c'est-à-dire que l'arcade inférieure est distale à la normale dans ses relations avec l'arcade supérieure ; s'il tombe en arrière du tubercule distal de cette grosse molaire l'articulation est mésiale à la normale.

On doit prendre une empreinte d'épreuve et des photographies et c'est d'après ces documents que l'on pourra voir les corrections à effectuer ; le mouvement à opérer s'obtiendra à l'aide du placement des élastiques, de la combinaison des points d'attache ; avec le plan incliné, les mouvements se passent dans l'articulation condylienne, avec l'ancrage on agit sur les dents elles-mêmes ; si le menton est en arrière on doit évidemment agir sur tout le maxillaire.

M. Siffre. — Repousse des cheveux au cours d'affections dentaires aigues.

M. Siffre fait l'exposé du fait clinique suivant : Une enfant de 10 ans lui fut adressée par un de ses confrères, avec le diagnostic de pelade d'origine dentaire ; cette enfant avait, en jouant, reçu une chaise sur la tête ; cela avait déterminé une bosse avec exsudation et dénudation du cuir chevelu sur un espace de la grandeur d'une pièce de cinq francs. A l'examen de la bouche, on trouva des dents qui parurent à l'auteur atteintes de carie sèche qu'il fit obturer et des racines, origines de fistules, qu'il fit extraire ; les dents obturées causent fluxion, abcès, fistule et, selon l'usage, on ne ramena l'enfant que lorsque tout eût disparu. Or, pendant ces phénomènes aigus, les cheveux avaient repoussé. L'auteur croit donc que le diagnostic, porté antérieurement était faux, car, à son sens, les phénomènes peladiques n'auraient pas dû rétrocéder au cours d'une affection aiguë.

Il croit donc que l'on ne doit pas généraliser par trop les théories de Jacquet et croire que la pelade est, aussi souvent qu'on veut bien le dire, d'origine dentaire.

M. Meng dit que chez les peladiques, il a toujours trouvé des pulpes à nu, il a constaté la pelade chez des gens qui avaient des pulpes à nu sans en souffrir.

M. Godon constate qu'il est difficile de se faire une opinion. Si on examine la bouche de cent enfants, quatre-vingt-quinze en moyenne ont des dents cariées ; chez les adultes, les soldats, la proportion est à peu près la même ; il est donc à présumer que si les caries avaient une aussi grande influence, on verrait probablement beaucoup plus de peladiques.

M. Francis Jean dit que les théories nouvelles sont souvent faussées par une interprétation trop généralisée. Il cite le cas d'un malade qu'on lui a envoyé, atteint, d'après le diagnostic, de pelade d'origine dentaire et qui n'avait, en tout, que deux seconds degrés.

M. Durand pense qu'il y a là une question de prédisposition.

M. Barden s'incline devant les faits cliniques ; il fait observer que le diagnostic avait été posé de façon dubitative et qu'il y avait eu coup au préalable ; il ne peut être, en ce cas, question de pelade. M. Jacquet considère l'excitation dentaire comme un facteur de pelade, au même titre que les autres excitations d'ordre nasal, stomacal, etc. ; il est évident qu'il faut une prédisposition pour faire de la pelade ; l'excitation dentaire ne suffit souvent pas à elle seule, pour occasionner la pelade, mais si d'autres excitations viennent s'ajouter à celle-là le patient prédisposé fera des plaques.

Il cite trois cas qui lui paraissent typiques.

Un concerne un étudiant ayant des irritations dentaires auquel il

fallut une gastrite et le surmenage causé par un examen pour faire une pelade, qui cessa avec l'une de ces irritations (le surmenage).

Un patient fit une chute qui amena la mortification de deux incisives que l'on ne soigna pas ; il fit une pelade de la nuque, qui dura quatre ans, malgré le traitement, et ne guérit que lorsque les dents furent trépanées et soignées.

Un autre faisait de la pelade en même temps qu'une évolution difficile de sa dent de sagesse ; dès que les accidents disparurent de ce côté, la pelade cessa.

La théorie de Jacquet, basée sur un nombre considérable de faits analogues, est vraie dans ces cas, mais on ne doit pas considérer l'irritation dentaire comme la cause unique de la pelade.

M. Cavalié. — De la radiographie en art dentaire.

L'auteur nous montre l'importance de ce mode d'investigation dans les cas suivants :

1° Dans les défauts d'éruption d'une ou plusieurs dents permanentes après la chute des dents temporaires correspondantes ;

2° Dans la persistance chez l'adulte d'une ou plusieurs dents temporaires (pour savoir si les dents permanentes sont développées dans l'épaisseur du maxillaire) ;

3° Dans la reconnaissance du nombre et de la position des canaux radiculaires ;

4° Dans la mise en évidence d'affections apicales (granulômes, abcès, kystes de l'apex) ou alvéolaires latérales (kystes).

M. Franchelle présente des radiographies très nettes qu'il a faites à ce sujet, ainsi que M. Cavalié.

Nous ajouterons qu'à l'exposition d'électricité médicale qui siégeait dans une des salles voisines, nous avons pu observer de splendides et très lisibles radiographies dentaires exécutées par M. Belot (de Paris) et par M. le prof. Bergonié (de Bordeaux). Cette exposition confirmait les conclusions de M. Cavalié, qui sont du reste celles de tous les dentistes.

Le développement des dents chez « torpedo galvani ».

L'auteur expose ainsi, en résumé, le résultat des observations qu'il a faites sur ce sujet très intéressant :

« Chez un embryon de 30 à 40 mm. on voit sur l'ectoderme qui recouvre le bourgeon maxillaire à l'entrée de la cavité buccale un épaississement de l'épithélium, assez large et parcourant en arc l'orifice buccal. De cet épithélium part une lame épithéliale qui s'enfonce dans chaque bourgeon maxillaire (embryon de 45 mm.). Sur le bord externe de cette lame, on voit un organe de l'émail, tapissant une papille mésenchymateuse (embryon de 60-65 mm.). Sur l'embryon de 80 mm. plusieurs organes superposés sont visibles ; à partir de ce stade

commence la calcification, sur la zone du tissu conjonctif embryonnaire de la papille, tout contre la face profonde de l'organe de l'émail.

» La calcification donne naissance à l'ivoire vasculaire (vaso dentine). L'organe de l'émail forme un sac dont le feuillet profond, tout contre l'ivoire, contient des cellules hautes, cylindriques, adamantines, qui ne paraissent pas fournir d'émail calcifié, mais qui diminuent de hauteur et ne semblent servir que de modèle pour la formation future de l'organe dentaire. »

A ces conclusions de l'auteur nous ajouterons ceci : c'est que le développement latéral des dents par rapport à la lame épithéliale nous permet de comprendre le mécanisme des dentitions à répétition, contrairement à ce qui se passe lorsque le développement de la papille dentaire a lieu à l'extrémité de cette même lame épithéliale qui ne fournit plus alors qu'une seule dent.

M. Cavalié. — Diagnostic des pulpites. — Importance du diagnostic pour le traitement.

Avant de donner le résumé de ce travail, nous allons essayer de mettre au point les notes que nous avons prises pendant que M. Cavalié parlait. Les notions qu'il nous a données au cours de cette communication nous paraissent en effet de nature à intéresser nos confrères et nous croyons de notre devoir de reproduire immédiatement les traits saillants de cette très intéressante conférence.

Le traitement des pulpites, tel que nous le pratiquons actuellement, est purement empirique ; nous conservons ou nous détruisons sans avoir aucun moyen qui puisse nous renseigner exactement sur nos chances d'insuccès ou de réussite. On s'est bien ingénié, en Amérique, en Allemagne et en Autriche surtout, à faire une classification des maladies de la pulpe, mais la différenciation est très difficile. Parmi les auteurs qui sont occupés de la question, il faut citer : Scheiff, Albrecht qui classa les pulpites en quatre espèces : 1° celles dues à des vices du sang ; 2° les pulpites diathésiques ; 3° celles dues à des troubles vasculaires ; 4° celles dues à des troubles nerveux, et enfin Arkövy qui, d'après ses recherches anatomo-pathologiques et microscopiques, a institué la très complexe classification suivante ; il établit trois grandes catégories :

- 1° Les pulpites aiguës.
  - congestives.
  - aiguës partielles.
  - aiguës septiques superficielles.
  - aiguës totales.
  - aiguës purulentes.
- 2° Les pulpites chroniques.
  - partielles.
  - totales.
  - purulentes hypertrophiques
    - sarcomateuses.
    - granulomateuses.
  - dégénératives
    - granulo-graisseuses.
    - calcaires ou concrémentielles.

3° Les pulpites atrophiques. { simples. réticulaires. scléreuses.

C'est là une classification artificielle ; la différenciation entre les diverses espèces de pulpites est très difficile. Néanmoins on a cherché des moyens de diagnostiquer l'état de la pulpe afin d'en déduire un traitement. En effet, pourquoi la pulpe ne réagirait-elle pas contre l'infection microbienne au même titre que tous les autres tissus de l'organisme ? Nous voyons une pulpe à découvert, nous la détruisons : pourquoi ? Elle a, il est vrai, été en contact avec des éléments microbiens : mais ne trouve-t-on pas, de façon presque générale, des bacilles de Koch dans la bouche ; les amygdales renferment des quantités de microbes qui ne sont pas nocifs. Infection de la pulpe n'est pas synonyme d'altération de celle-ci ; elle peut vivre en présence des microbes, sans être attaquée par ceux-ci, à l'exemple de tous les autres tissus de l'organisme ; elle lutte et se défend contre l'envahissement microbien et ses ravages subséquents par l'intermédiaire des cellules rondes de son tissu conjonctif, qui sont des leucocytes mononucléaires,et grâce à son riche réseau vasculaire ; si les microbes sont peu virulents, la phagocytose s'opère comme dans tout le restant de l'organisme, et le résultat de l'attaque dépendra des phénomènes chimiotaxiques qui se passeront dans la dent atteinte.

Si donc la pulpe, bien qu'exposée, réagit favorablement, l'aide que nous lui apporterons facilitera sa guérison et sa conservation ; si, au contraire, des modifications profondes s'opèrent dans cette pulpe par suite de la virulence de l'attaque, nos efforts seront vains et la conservation impossible. Il est donc important de savoir à quel degré la pulpe est atteinte, et les savants allemands se sont occupés de rechercher quels signes pourraient nous guider dans ce diagnostic.

Walkhoff a essayé de les classer par l'examen thermométrique qui est très délicat, nécessite un dispositif particulier pour obtenir l'eau employée à une température bien déterminée. Cet examen est basé sur ce fait : que de l'eau, à la température normale du corps, passant dans la cavité d'une dent dont la pulpe n'est pas atteinte ne donne aucune réaction ; si on élève la température d'un, deux, trois degrés, et qu'il y ait une réaction douloureuse, il y a pulpite purulente, que l'expérience a montré être sensible à cette faible élévation de température ; si on abaisse la température d'un, deux, trois degrés et qu'il y ait réaction douloureuse, nous aurons affaire à une pulpite congestive, alors que si la pulpe est saine, ces changements presque nuls de température seront sans effet sur elle ; si les deux actions sont perçues, nous aurons une pulpite aiguë simple.

Preiswerk a essayé la réaction à la formaline titrée ; mais on n'a de réaction que dans les cas de pulpite congestive ou purulente.

Un symptôme assez négligé a été la cessation ou la continuation de la douleur après l'action investigatrice ; cependant on a constaté que si la douleur cesse aussitôt après l'excitation, la pulpite est légère, et que la persistance plus ou moins longue de la douleur après la cessation de l'excitation indique des altérations plus profondes. Ces faits ont été mis en évidence par Walkhoff et par Schrœder, élève de Witzel, qui y a insisté du reste le premier.

En 1900, les Allemands cherchèrent pour la première fois à établir le diagnostic à l'aide de l'électricité. On employa d'abord les courants faradiques, puis les courants continus, enfin les courants induits qui sont le plus en faveur. On cherche à obtenir un courant d'intensité très faible qui ne sera pas perçu à la surface de la dent ; on emploie en général une bobine alimentée par un courant d'un volt fourni soit par des éléments de pile, soit par le courant de ville transformé. La bobine est graduée de telle sorte que l'introduction d'une certaine longueur de la bobine inductrice correspond à une élévation de courant d'une intensité connue.

On agit sur une dent normale : sans introduction, le courant passe sans que le patient ressente quoi que ce soit ; après une introduction de deux millimètres, par exemple, le malade sent le passage du courant : c'est ce qu'on appelle le *seuil d'excitation de Frohman ;* la bobine étant encore introduite de deux millimètres, le passage du courant devient douloureux : *seuil de douleur.* Ces différences entre les seuils ne se rapportent pas à tous les cas : elles varient selon les individus, leurs états diathésiques, etc. Il faut donc essayer une dent normale pour chaque patient, avant d'examiner la dent pathologique et noter les résultats obtenus.

Il a été établi par les différents expérimentateurs que lorsque l'on opère sur une dent, atteinte de pulpite, mais sans complications du côté du ligament, on obtient les résultats suivants :

Le seuil d'excitation est normal à 2 millimètres par exemple.

Le seuil de douleur est inférieur à la normale (c'est-à-dire qu'il se confond presque avec le seuil d'excitation, l'introduction de la bobine n'étant pas si grande que lorsque l'on opérait sur une dent saine), on a affaire, selon les différences que l'on observe, à une pulpite congestive, une pulpite aiguë partielle ou une pulpite aiguë totale, avec simple irritation des tissus pulpaires, sans altération de ceux-ci.

Si le seuil d'excitation qui était, par exemple, à 2 millimètres, se trouve retardé à 4, 6, 8, 10, 20 millimètres d'introduction de la bobine, plus le retard sera marqué, plus grande sera l'irritation pulpaire ; dans ces cas, et plus l'altération sera grande, plus le seuil de douleur sera rapproché du seuil d'excitation jusqu'à se confondre avec lui, car dans le cas de pulpe morte, par exemple, il faudra un courant très fort pour aller impressionner les tissus péridentaires.

Quand nous disons courant très fort, nous voulons dire qu'il faudra enfoncer complètement la bobine, ce qui nous fournira, ainsi que nous le disions plus haut, un courant d'une force électro-motrice d'un volt à un volt et demi, c'est-à-dire un courant à peine sensible à la peau. L'électrode positive, formée d'un demi-bracelet recouvert d'une peau de chamois humide, se place au poignet : la négative, formée d'une pointe de métal, introduite dans un tube de verre cylindro-conique à extrémité effilée fermée par un petit tampon d'ouate, de façon que cette pointe soit constamment humide, se place dans la cavité.

Des expériences faites on peut conclure :

Que dans les cas de pulpites sans altération de tissus, cas qui légitiment le traitement conservateur de la pulpe :

1° *Le seuil de douleur se rapproche beaucoup du seuil d'excitation et est inférieur à la normale, le seuil d'excitation étant lui-même normal ;*

2° *Que la douleur cesse immédiatement ou presque immédiatement après le passage du courant.*

Que dans les cas d'altération du tissu pulpaire, ne permettant pas la conservation de la pulpe :

1° *Le seuil de douleur se confond avec le seuil d'excitation qui, lui-même, se trouve retardé d'autant plus que l'altération est plus profonde ;*

2° *Que la douleur persiste plus ou moins longtemps, mais toujours au moins quelques heures, parfois jusqu'à 48 heures après l'investigation.*

Quelques cas peuvent rendre le diagnostic incertain : ce sont les pulpites radiculaires, les dents portant des obturations, et l'état des couronnes, qui si elles sont érodées, sont diminuées de résistance au passage du courant ; il est important d'essayer la sensibilité sur la dent homologue de celle que l'on veut examiner à cause des différences d'épaisseur d'émail.

M. Cavalié a apporté à Clermont-Ferrand l'appareil qu'il emploie et nous en a expliqué le fonctionnement et la construction : il paraîtra prochainement dans son journal et je ne veux pas en donner la description ici.

J'arrête ici mes notes personnelles sur la communication et vous donne les conclusions émanant de l'auteur lui-même, avant de relater la discussion qui a suivi :

« Les troubles et lésions de la pulpe dentaire présentent les modalités les plus variées qui ont été bien mises en évidence par Arkövy. Cet auteur a fait une classification anatomo-pathologique qu'il a essayé d'appliquer à la clinique ; mais malgré ses efforts, les résultats de cette application sont incertains.

En se plaçant au point de vue exclusivement clinique et thérapeutique, le praticien doit tenir compte de deux grandes conditions :

1° L'ouverture à l'extérieur de la chambre pulpaire ;

2° Le degré d'altération du tissu pulpaire.

La première condition est trop connue aujourd'hui pour y insister; la deuxième condition est difficile à déterminer et représente un élément capital pour établir la conduite à tenir dans chaque cas. En effet, il s'agit de savoir si l'on peut conserver la pulpe ou si l'on doit la détruire.

Il y a donc, au point de vue clinique et thérapeutique, deux grandes classes de pulpites :

1° Celles où la pulpe n'est pas suffisamment atteinte pour qu'on ne puisse espérer une « restitutio ad integrum »;

2° Celles où la pulpe est frappée sans rémission.

Preiswerk a préconisé le procédé de diagnostic à la formaline, mais ce procédé n'est pas suffisant pour différencier les deux classes.

Le procédé thermométrique de Walkhoff, très délicat, fournit quelques indications précieuses.

Le procédé du courant d'induction sous certaines conditions telles que je les ai obtenues par l'appareil que je vous présente et qui a été déjà utilisé par quelques savants depuis six ou sept ans avec quelques modifications, nous permet d'obtenir des renseignements le plus généralement complets.

La pulpe peut être conservée quand le tissu pulpaire, quoiqu'enflammé et infecté, est simplement irrité, sous lésions profondes du parenchyme, sans foyers purulents ou putrides; le courant d'induction permet d'établir nettement cette différenciation. »

M. Ch. Godon remercie M. Cavalié de la magistrale leçon qu'il a faite, en vulgarisant des travaux malheureusement peu connus chez nous. Les Allemands, poussés peut-être par des considérations économiques, cherchent à faire des opérations rapides, à simplifier toutes les opérations dentaires; il regrette que le travail de M. Cavalié n'ait pas été communiqué à l'avance, afin de pouvoir le discuter plus fructueusement. Néanmoins il pense que si pour les quatre premières classes d'Arkövy la conservation peut s'imposer il fait néanmoins des réserves dans le cas de pulpite aiguë septique superficielle, car il craint la mortification de la pulpe sous l'obturation.

M. Siffre voudrait être fixé sur la réaction de la dent à pulpe morte.

M. Pincemaille se félicite de ce nouveau procédé de diagnostic qui permettra d'utiliser davantage son traitement conservateur. Il ajoute qu'Adolphe Witzel ne parlait pas de la conservation de la pulpe par son coiffage.

M. Cavalié. — Au début Witzel ne parlait que d'amputation : c'est dans ses écrits posthumes qu'on voit qu'il a envisagé la possibilité d'un traitement conservateur après diagnostic électrique.

Dans le cas de pulpe morte, le courant porté de zéro au maximum n'occasionne de réaction que si le périodonte est peu ou pas attaqué : s'il est détruit complètement, il n'y a pas de réaction.

Si on entend par pulpite aiguë septique, une pulpite où il y a destruction du tissu pulpaire, il ne peut être question de conservation; du reste toutes les pulpes exposées à la salive sont septiques : mais le degré de septicité est variable; tant que le parenchyme n'est pas atteint, la pulpe est guérissable ; dans le cas contraire, elle ne l'est pas, et c'est justement pour ce diagnostic que l'on doit employer le courant induit. Quelquefois la pulpe se mortifie sous l'obturation par suite de la trop grande action des médicaments mis au contact de ce tissu.

M. Franchette adresse à M. Cavalié ses éloges et ses remerciements pour les travaux qu'il a présentés à la section et pour tout l'intérêt qu'il porte à la cause de l'Odontologie.

M. PINCEMAILLE. — PREUVES DE LA VALEUR DU TRAITEMENT CONSERVATEUR DANS LA PULPITE.

L'auteur rappelle les grandes lignes du traitement qu'il a préconisé l'an dernier, à Reims, et relate les bons résultats que lui ont signalés un certain nombre de confrères, entre autres MM. Cavalié, Charbonnier, etc. Il ajoute avoir désobturé des dents soignées selon sa méthode, et trouvé la pulpe vivante sous l'obturation ; il a observé des cas de dentine néo-formée à la suite d'application sur la pulpe de liquide à ciment. Il conclut ainsi :

« J'apporte aujourd'hui les preuves de la valeur du traitement :

1° Preuves pratiques, fournies par les très nombreuses observations favorables que j'ai observées et notées et celles dont quelques-uns de mes confrères ont bien voulu me faire part;

2° Preuves théoriques, données par les productions d'ivoire secondaire que j'ai pu provoquer au moyen d'un pansement spécial, appliqué sur des pulpes dénudées, enflammées, mais traitées ensuite et guéries au moyen de ce traitement. »

Ces expériences, jointes aux résultats pratiques prouvent qu'une pulpe, malgré sa structure particulière, se comporte comme tous les autres tissus de l'organisme vis-à-vis de l'infection, est capable de réagir et susceptible d'être ramenée par un traitement judicieux à son état normal, ou tout au moins à un état voisin de la normale, qui lui permet de récupérer ses fonctions physiologiques.

Aussi, je crois qu'au même titre, une médication conservatrice se trouve justifiée, intervention n'ayant pour limites qu'une défense trop faible de l'organisme ou un degré trop avancé de l'infection.

M. G. Villain rapporte avoir fait quelques pansements d'essence de girofle dans une dent atteinte de deuxième avance, avec vaporisations par air chaud comme l'a indiqué M. Pincemaille et avoir observé ultérieurement la mortification pulpaire de cette dent.

M. Durand dit que M. Cavalié a signalé la causticité de certains médicaments que l'on met au contact de la pulpe.

Pour *M. Pujol* la composition des essences varie ; il y a des fraudes considérables sur ces produits, à cause de leur cherté. L'eugénol, par exemple, doit être blanc et on le livre presque toujours plus ou moins coloré.

M. Siffre a essayé des liquides irritants et aussi l'essence de girofle ; il a constaté souvent des mortifications pulpaires. Il attribue ces insuccès à une sorte d'imprégnation microbienne de la pulpe. Les médicaments agissent davantage sur la pulpe que sur les microbes eux-mêmes, affaiblissant ainsi les propriétés phagocytaires de la pulpe. On voit des pulpes, exposées pendant plusieurs années, qui paraissent en parfait équilibre physiologique, malgré leur contact continuel avec les microorganismes buccaux.

M. Pincemaille n'emploie pas l'essence de girofle seule ; il pense que M. Villain aurait pu avoir davantage confiance, essayer son mélange et placer son ciment en contact direct avec la pulpe, comme il le fait. Il croyait avoir innové en pratiquant ainsi : mais Harris et Austen disent que le ciment est la meilleure pâte de coiffage. Tomes et Magitot mettaient au contact de la pulpe du thymol, de l'acide phénique. Son mélange ne produit pas de mortification pulpaire.

M. Ducournau. — Erosion dentaire atypique, probablement d'origine dystrophique (présentation de moulages).

M. Ducournau présente l'observation d'un malade sans aucune affection diathésique, mais ayant été très fortement atteint d'athrepsie pendant sa première enfance et porteur d'une érosion des incisives, qui au lieu de comporter deux plans parallèles est formée de deux plans à sinus ouvert en avant ; de plus les dents incisives ne viennent en contact en aucun point.

On ne peut invoquer comme étiologie aucun trouble mécanique, ni chimique ; il ne semble subsister que la possibilité d'un trouble trophique.

M. Siffre félicite l'auteur de cette très belle et très étudiée observation, dont du reste, il se déclare incapable de tirer une conclusion. Il a eu l'occasion de constater une abrasion très particulière de grosses molaires; en face de cette abrasion, il a remarqué sur la muqueuse qui entrait dans l'abrasion, des glandules blanchâtres qui, peut-être, sécrétaient une substance capable de provoquer cette abrasion ; il se demande si l'on n'aurait pas dû examiner ces glandes au double point de vue de l'histologie et de la chimie.

M. G. Villain dit avoir observer une enfant qui avait le bord libre de ses incisives supérieures et inférieures formé, sur une hauteur d'environ 2 mm., d'un émail jaunâtre, très mou, qui disparaîtra sûrement par la suite et créera une anomalie qui se rapprochera beaucoup de celle signalée par M. Ducournau.

M. Ducournau. — Application de la prothèse a la réduction des fissures congénitales des maxillaires supérieurs (présentation de moulages et appareils).

L'auteur présente les moulages et appareils faits en 1905, 1906 dans le service de M. Sebileau sur un enfant de 30 mois pour une fistule congénitale labio-vélo-palatine (gueule de loup simple) présentant une béance entre les deux bourgeons maxillaires de 22 mm. en avant et une articulation excentrique. Pour faciliter la cheiloplastie et remplacer la méthode de Brophy par transfixion des maxillaires ou les méthodes externes qui ne donnent que des résultats imparfaits, l'auteur applique des appareils à traction élastique transversale ; le premier appareil est réducteur, le deuxième provoque la torsion du plus long des fragments, le troisième ramène dans le plan horizontal le fragment le plus élevé. Enfin un quatrième appareil de maintien est posé au moment de la cheiloplastie qui est réellement facilitée ; les deux fragments ramenés à une parabole sensiblement voisine de la normale se trouvent au contact par leur extrémité.

M. G. Villain félicite l'auteur du résultat obtenu ; l'opération de Brophy n'était pas indiquée à cause de l'âge du sujet. Il fait remarquer la résistance de l'argent employé pour la confection des appareils.

M. Siffre pense que l'on pourrait peut-être en rapprochant les bords diminuer la béance qui persiste ; il pense que peut-être on pourrait déterminer un bourgeonnement de la muqueuse analogue à celui qui se produit avec les appareils munis d'une rondelle en caoutchouc mou pour la succion.

M. Ducournau dit que si l'on recherchait une modification squelettique on détruirait l'articulation.

M. Vichot (de Lyon). — De l'utilité de la radiographie en art dentaire.

Très intéressante communication, illustrée de deux clichés ; l'auteur conclut en ces termes :

« La radiographie a été très souvent employée en orthodontie ; je n'ai pas la prétention de rien innover ; le but de ma communication est d'attirer de plus en plus l'attention sur ce mode d'investigation infaillible. Il serait à désirer que son emploi se généralisât de plus en plus. En présence d'irrégularités ou d'anomalies de nombre, de forme ou de direction, la radiographie de la mâchoire, siège de la malformation, devrait toujours être faite avant d'entreprendre le traitement. On agirait plus sagement en procédant ainsi qu'en opérant par tâtonnements.

Cette radiographie, en nous renseignant quelquefois sur la cause et toujours sur la nature de certaines irrégularités, nous arme pour les

réduire et ne nous fait pas dépenser, quelquefois en vain, des efforts infructueux qui fatiguent notre patient et usent notre patience. »

M. Georges Villain. — Etude comparative de la dent a pivot simple, a demi-bague et Richmond.

L'auteur après une minutieuse étude de ces modes de fixation des dents arrive aux conclusions suivantes :

« Comme M. Francis Jean, je considère que la dent à pivot, employée à la reconstitution d'une couronne est à tort appelée « à pivot » et que nous devrions reprendre la dénomination de Fauchard « dent à tenon ».

Après avoir étudié, à l'aide de la méthode du parallélogramme et du polygone des forces, les forces exercées sur une dent à tenon, je conclus à la préparation mathématique du plan cervical de la racine.

A l'aide de cette méthode, nous pouvons déterminer pour chaque cas le choix de la dent à tenon.

Chaque fois qu'une racine nous permettra la préparation d'un plan cervical suffisant, il est possible d'employer la dent à tenon simple (cas restreints).

Lorsqu'il n'est pas possible de préparer le plan cervical par suite du manque de substance ou de l'impossibilité de se servir d'un tenon suffisant, la demi-bague nous donnera de très bons résultats (cas les plus fréquents).

La dent de Richmond devra être réservée aux cas spéciaux (dents à racines multiples, dents à racine étroite, à racine courte, incisives et canines inférieures) et pour tous les cas où cette dent à tenon devra servir de point d'appui à un bridge.

Pour *M. Siffre*, il faut que le pivot soit très rigide et que la paroi sur laquelle il s'applique soit très résistante ; il partage l'opinion de l'auteur au sujet de la confiance que nous devons avoir en la bague ou la demi-bague ; il pense que le plan incliné n'ajoute rien à la résistance du système, car l'effort s'exerçant de dehors en dedans amènera la face linguale de la dent à quitter ce plan incliné, qui du reste est difficile à établir le plus souvent, les dents ne le permettant pas, à cause des progrès de la carie.

M. Ducournau dit que la résultante se fait plutôt du côté labial et la dent ne quitte pas le plan incliné.

M. G. Villain répond qu'une condition indispensable pour que la dent ne quitte pas le plan incliné est que celui-ci soit assez prononcé ; il faut qu'il se rapproche le plus possible de la verticale.

M. Barden. — L'angine d'origine dentaire.

Remarquable étude dans laquelle l'auteur passe en revue avec

l'ordre et la méthode dont il est coutumier, les preuves anatomiques, chronologiques, topographiques, sympathiques, étiologiques, expérimentales et thérapeutiques de l'angine réflexe d'origine dentaire.

Des nombreuses et très étudiées observations qu'il relate, notre collègue tire les conclusions suivantes :

« Telles sont les diverses preuves de la possibilité de l'angine d'origine dentaire qu'on peut tirer *à posteriori* de l'ensemble des observations que nous avons citées. Nous avons la conviction qu'il est difficile de trouver en médecine des preuves plus probantes que celles que nous apportons.

Nous avons vu, en effet, l'angine suivre souvent ou précéder une carie dentaire ; nous l'avons vue se localiser du même côté que la crise, s'accompagner d'un ensemble de phénomènes sympathiques dont la cause est l'irritation dentaire, se produire en quelque sorte expérimentalement et disparaître par la suppression de l'irritation causale.

Enfin, l'anatomo-physiologie nous a montré que les voies de conduction nerveuse relient nettement l'irritation dentaire à l'aboutissant pharyngé. »

M. Siffre adresse toutes ses félicitations à notre collègue pour son intéressant travail ; il montre les relations qui existent entre la dentisterie et la pathologie générale.

M. L. Theuveny. — L'état histologique des follicules dentaires chez les embryons, fœtus et nouveau-nés dans les cas d'infection conceptionnelle (syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc.).

Les recherches, auxquelles l'auteur s'est livré sur 18 cas affectant des sujets soumis à des causes variées d'infection conceptionnelle (tuberculose pulmonaire aiguë, syphilis préconceptionnelle d'intensité, d'espèce et de date variables, intoxication saturnine et éclampsie, intoxication phosphorée, éclampsie, syphilis, albuminurie grave avec granulie aiguë, alcoolisme aigu, syphilis et albuminurie), l'amènent aux conclusions suivantes :

Ces différentes formes de lésions, ces associations causales dans les maladies du follicule prouvent une chose capitale, c'est qu'avant tout la cause qui domine la lésion (dentine, émail ou adamantoblastes) est la cause *intoxication de l'enfant par la mère*. Que cette intoxication soit la syphilis (sous quelque intensité ou forme que ce soit), l'albuminurie, le phosphorisme, etc., la vraie raison est l'intoxication de la mère par un poison, aigu, lent, chronique, ancien ou nouveau, et la lésion sera d'autant plus profonde, d'autant plus variable, que cette intoxication maternelle sera elle-même plus intense ; en présence d'une dent ainsi atteinte, ayant l'une, ou l'autre, ou plusieurs des

lésions décrites, il n'est pas possible, à moins d'en connaître la véritable cause toxique, de dire: *cette dent dépend de telle ou telle maladie causale ;* et si, peut-être en clinique, la dent une fois sortie, on a pu décrire une dent hérédo-syphilitique, une dent d'Hutchinson, il n'est pas possible, de dire : *cette dent est une dent d'hérédo-syphilitique, d'intoxiqué par la tuberculose, par le plomb, par l'alcool;* on ne peut affirmer, on ne peut que dire : *c'est une dent d'intoxiqué conceptionnel.*

Enfin, si l'on admet que ces lésions persistent dans le même état, ou, *a fortiori,* se manifestent plus accentuées chez l'enfant vivant, soit à la première, soit à la seconde dentition, il n'est pas toujours possible, cliniquement, devant des accidents tels qu'érosions, cannelures, fissures, caries précoces, déformations ou malformations, etc., de les attribuer toujours aux grandes causes que l'on a souvent invoquées ; hérédo-syphilis, vices d'alimentation, rachitisme, etc. Il faudra penser aussi à l'intoxication maternelle, à l'intoxication de l'enfant in-utéro, et la conclusion la plus pratique, la plus grossière, mais la plus fréquente, sera donc la même en clinique qu'en anatomie pathologique : *lésions des dents par intoxication.*

M. Bernard. — Présentation d'un odontome radiculaire.

Au nom de *M. Bernard,* M. Barden fait la présentation d'un odontome radiculaire. Il s'agit d'une dent de sagesse inférieure gauche, extraite à une malade âgée de 20 ans, réduite à sa couronne, d'ailleurs bien formée, et dont la racine est représentée par une collerette arrondie d'environ un centimètre et demi de diamètre, et d'une épaisseur de deux à trois millimètres, sertie tout autour du collet de la dent et dentelée sur toute sa périphérie.

Les membres de la section échangent quelques réflexions au sujet de cette dent, envisageant les causes qui ont pu produire cette lésion, mais en l'absence de l'auteur et sans renseignements détaillés ces paroles se réduisent à de simples hypothèses.

L'importante question des répercussions des excitations gingivo-dentaires devait faire l'objet de nombreuses communications, dont une étude d'ensemble de M. Jacquet et d'autres par Mlle Bachelet, MM. Cramer, Druo, Rousseau-Decelle et Barden.

Notre confrère Barden déclare que M. Jacquet ne pourra, malgré son grand désir, assister au Congrès et qu'il prie MM. les congressistes de vouloir bien l'excuser.

Depuis sa série de travaux qu'il a publiés, M. Jacquet n'a cessé de travailler et de faire progresser la question ; plus que jamais, il croit à son intérêt et à son importance et il choisira la première occasion favorable pour en entretenir les dentistes. Avec les collaborateurs de M. Jacquet, M. Barden dit qu'il devait donner le détail de certains travaux de la policlinique dermatologique de Saint-Antoine,

malheureusement quelques-uns de ses collègues n'ont pu se rendre au Congrès ; il va simplement donner lecture des conclusions de ceux qui lui ont adressé leurs communications.

Mlle MARG. BACHELET. — ETUDES DE THERMOMÉTRIE BUCCALE.

Ce travail montre qu'en général les lésions dentaires et péri-dentaires élèvent la température buccale d'une façon très apparente, du côté où elles siègent. La température malaire du même côté s'élève plus, mais parallèlement à l'hyperthermie intérieure. Ces élévations thermiques buccales, aussitôt la crise terminée, après les soins dentaires, redescendent à la normale.

L'auteur pense qu'au point de vue dentaire, l'étude de la température buccale pourra fournir des données intéressantes. Lorsque les autres signes cliniques manquent, dans les cas d'arthrite alvéolaire, de pulpite, de crises névralgiques dentaires, de dent de sagesse, la thermométrie pourra nous renseigner.

M. H. EM. CRAMER. — NÉVRALGIE OCULAIRE D'ORIGINE DENTAIRE.

Dans une observation très détaillée, l'auteur rapporte l'histoire d'un malade atteint de névralgie oculaire d'origine dentaire.

Ce qu'il y a de remarquable en cette observation, et ce qui prouve bien le rapport cause à effet que signale notre confrère, c'est que les crises de névralgie diminuent de durée et d'intensité à mesure que diminuent en nombre et en force les excitations dentaires. On peut aussi constater le rôle joué par l'association des excitations dentaires et du surmenage et les indications fournies par la courbe thermométrique que l'on voit fléchir à mesure que diminue l'intensité des irritations dentaires.

M.H.EM. CRAMER. — ETUDE SUR LES RELATIONS ENTRE L'IRRITATION GINGIVO-DENTAIRE ET L'ECZÉMA RÉGIONAL DE L'ADULTE.

Etude très intéressante, basée sur 17 observations, dont 15 inédites et dont voici les conclusions :

L'eczéma d'origine dentaire n'est qu'un mode de réaction particulier, spécialisé, des irritations gingivales dont la théorie générale a été si magistralement exposée par M. Jacquet. L'auteur, en terminant, pour aider à une compréhension plus nette des idées émises au sujet de l'eczéma, recommande la lecture du si remarquable, si concis et si judicieux « Essai sur les répercussions cutanées des irritations gingivo-dentaires » présenté à la session de l'A. F. A. S., tenue à Cherbourg, il y a trois ans [1].

---

1. V. *Odontologie*, 30 août 1905, p. 149.

M. Charles Gaudron. — Le coryloforme, anesthésique général.

L'auteur donne les conclusions suivantes :

Le coryloforme est un mélange en proportions déterminées et exactement dosées de :

Coryl	Chlorure d'éthyle.............. / Chlorure de méthyle...........	95
Bromure d'éthyle........................		5

Le coryloforme est un liquide mobile, incolore, il possède une odeur éthérée très agréable, la plupart des malades inhalent ses vapeurs sans répugnance, ni dégoût. Il est très volatil, aussi pour l'introduire dans les petites ampoules de verre est-il nécessaire de le frapper à 20° en employant des procédés spéciaux.

Avant d'aller plus loin, il faut se demander si le coryloforme a fait ses preuves, s'il a été employé un nombre de fois suffisant sans accidents, en un mot, si l'on peut y avoir recours sans appréhension. A ce sujet, les observations recueillies sont des plus concluantes et l'on peut affirmer que le coryloforme est l'anesthésique de choix pour tous ceux qui pratiquent les anesthésies générales de courte durée.

En ce qui concerne le coryloforme ou le chlorure d'éthyle, on tend à croire que l'anesthésie ne peut être obtenue que très difficilement par un mélange d'air et de cet anesthésique. Or dans les anesthésies faites jusqu'à ce jour par l'auteur, celui-ci n'a pas remarqué que l'inhalation par le malade d'un mélange d'air et d'anesthésique, ait prolongé d'une façon anormale la période pré-anesthésique.

D'autre part, le temps utilisable de l'anesthésie a une durée toujours suffisante pour les interventions de petite chirurgie que l'on se propose de pratiquer.

Le coryloforme, de même que tous les anesthésiques, agit d'abord sur le cerveau, puis sur la moelle, enfin sur le bulbe, mais tandis qu'avec les autres anesthésiques, l'anesthésie est plus lente et accompagnée souvent d'excitation, dans la narcose par le coryloforme, la période de début est pour ainsi dire brûlée, et, d'emblée, on obtient l'anesthésie cérébrale sans excitation préalable. (Il est important de donner l'anesthésique mélangé à l'air ambiant.)

Du côté des organes respiratoires le coryloforme est de toute sécurité ; il paraît avoir une certaine action sur le grand sympathique, d'où l'augmentation de la pression artérielle.

La rapidité du sommeil survient généralement en 15 secondes chez les enfants et les personnes tranquilles (absence complète de période d'excitation), cependant l'anesthésie chez les individus atteints de troubles nerveux, les alcooliques, etc. (sujets défavorables), la période pré-anesthésique est plus longue.

Le mode d'administration est des plus simples surtout si l'on se sert d'un masque. On donne de préférence l'anesthésique par doses successives de 3 centimètres cubes toujours mélangé à l'air ambiant. L'anesthésie est un peu plus longue à obtenir, mais elle est beaucoup plus sûre. Il ne faut pas rechercher la rapidité de la sidération par le coryloforme.

En règle générale, il faut chez l'adulte une dose de 3 à 5 cc. pour provoquer l'anesthésie, chez l'enfant il suffit de 2 à 3 cc. D'après les observations, il faut de 15 à 50 secondes d'inhalation pour une durée moyenne de quelques minutes.

De cette étude, il résulte qu'une anesthésie bien conduite et sans excès d'anesthésique ne doit avoir aucun accident fâcheux. On peut donc dire qu'il n'est pour ainsi dire aucune contre-indication pour l'anesthésie par le coryloforme.

M. Pailliottin regrette qu'on ne puisse expérimenter ce nouvel anesthésique, non pas pour lui, mais pour les confrères de province : il a en effet assisté à des anesthésies faites avec le coryloforme à l'Ecole dentaire de Paris et confirme les résultats obtenus.

M. Ch. Gaudron. — Nouveau masque pour l'anesthésie générale [1].

Le *corylmasque* est en *nickel pur* sauf les soupapes en aluminium, il présente sur tous les appareils anesthésiques existants les avantages :

1° D'être entièrement *démontable* et par suite ;

2° D'être parfaitement *aseptisable* sans crainte de détérioration ;

3° Enfin de rendre possible l'anesthésie *sans asphyxie* et ce avec des doses minimes d'anesthésique ;

4° De permettre l'emploi de *tous* les anesthésiques connus (chloroforme, chlorure d'éthyle, coryloforme, protoxyde d'azote, éther, etc.);

5° De permettre *l'anesthésie à distance ;*

6° Enfin, d'être facile à manier et de ne pas effrayer le malade.

M. Franchette regrette que cette présentation ait eu lieu en fin de session, car cela aurait pu intéresser beaucoup nos confrères de province : il adresse ses félicitations personnelles à notre jeune confrère et l'engage à continuer à travailler ainsi.

M. Cavalié demande une modification. Au lieu du boudin de caoutchouc, il vaudrait mieux un dispositif qui permettrait d'adapter sur le pourtour du masque un bourrelet d'ouate que l'on jetterait après chaque malade afin d'obtenir une asepsie difficile à réaliser dans les conditions actuelles.

---

1. V. *Odontologie*, 29 février 1908, p. 175.

M. Franchette. — Présentation d'un appareil compresseur et chauffeur pour les inlays en or.

Le sympathique et modeste président de la section a attendu la fin de la séance de clôture pour nous montrer deux de ces ingénieux petits appareils dont il a le secret et qu'il construit lui-même.

Frappé de l'inconvénient qu'il y avait à tasser le plâtre dans les petits cylindres qui accompagnent la pince Solbrig et désireux d'éviter qu'il ne restât des bavures qui gêneraient l'adaptation des petits inlays, il a imaginé un petit appareil qui, par la transformation à l'aide d'une came à bosse du mouvement circulaire en un mouvement rectiligne vertical et alternatif, tasse de façon mathématique le plâtre autour de l'inlay. Il laisse ensuite sécher quelques heures, puis place ce cylindre sur un plateau tournant, actionné par un flexible ; faisant accomplir au cylindre un tour complet en deux ou trois secondes, sous la flamme d'un chalumeau. A ce même dispositif est attaché un bras de levier disposé d'une façon analogue à celui de la presse Solbrig-Platschick qui permet d'exercer ensuite, lorsque l'or est fondu, la pression nécessaire pour faire couler l'or.

Dans quelque temps, on pourra voir les dessins de ces appareils et leur description complète dans un de nos journaux professionnels.

M. Pailliotin prend la liberté de reprocher au président son excès de modestie qui lui faisait croire que ces instruments n'étaient pas de nature à intéresser la profession. Il dit notamment que l'emploi du premier permet d'éviter les échecs qui peuvent provenir de notre plus ou moins de nervosisme, de notre plus ou moins de hâte ; que le second assure un chauffage identique du cylindre dans toutes ses parties ; enfin que la fixation de l'appareil au mur et la façon dont est mobile le bras de levier suppriment deux des ennuis de la pince Solbrig : savoir le peu de fixité que présente la branche reposant sur l'établi et le jeu qu'on observe souvent dans la charnière, ce qui amène parfois des projections de métal. Il se permet d'adresser toutes ses félicitations à M. Franchette, et lui exprime une fois de plus ses regrets au sujet du moment qu'il a choisi pour faire cette présentation qui, du reste, n'était pas annoncée.

M. Franchette prononce quelques paroles pour clore la session : il dit, notamment, que nous avons eu de très intéressantes sessions et que le pronostic qu'il avait porté au début s'est bien réalisé : à savoir, que nous avons beaucoup et bien travaillé. Il félicite tous les auteurs des communications présentées et termine en exprimant l'espoir que, à Lille, nous nous retrouvions tous, et toujours animés de la même ardeur au travail.

La session étant close, je dois, avant de déposer ma plume, dire que je partage entièrement l'avis de notre président sortant, au sujet de ce

Congrès. Nous avons, vous pouvez en juger, beaucoup travaillé, et je pense que notre nouveau président, M. Siffre, peut avoir confiance pour le Congrès de Lille.

Du reste, il commence déjà à le préparer. Il a constitué un « comité de dames », innovation pour la session prochaine. Il voudrait en effet que les femmes des confrères assistant aux Congrès, accompagnent ceux-ci en plus grand nombre afin que..... mais chut, je ne puis dire pourquoi : ce sera l'affaire de ce comité composé de Mmes Calame (de Valence), Cavalié (de Bordeaux), Pujol (Thiers), Siffre et Pailliottin (de Paris).

Il me faut en terminant remercier notre aimable confrère Bennejeant qui organisa si habilement le banquet de notre section ; je regrette de ne pouvoir, faute de place, reproduire les éloquentes paroles qui y ont été prononcées par MM. Arlet, Barden, Cavalié, Franchette, Godon, Siffre, etc... Enfin les excursions très réussies organisées aux environs si pittoresques de Clermont-Ferrand contribueront aussi à nous laisser de ce Congrès une impression durable, un souvenir vraiment très agréable.

Je dois aussi, au nom de ceux de nos confrères qui bénéficièrent de sa gracieuse invitation et au mien, remercier un des membres du Comité local, M. Pujol, de Thiers, qui profita de l'excursion que l'A. F. A. S. avait organisée en cette ville, pour réunir un certain nombre d'entre nous autour de sa table. S'il mérite tous nos remerciements, nous ne devons pas manquer de lui associer Mme Pujol, qui, bien que prise un peu à l'improviste, nous reçut d'une façon charmante d'abord, et ensuite avec un menu qui rallia l'unanimité de nos félicitations.

Ce devoir de reconnaissance rempli, il ne me restera plus qu'à prendre congé de vous, mes chers confrères qui lirez ce compte rendu, et à souhaiter que tous les Congrès à venir présentent autant d'intérêt au point de vue professionnel et au point de vue scientifique.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Bruxelles, 7-8 août 1908.

COMPTE RENDU

Par M. MAURICE ROY.

(Suite [1].)

2e Séance du Conseil exécutif. — Fondation et règlement du prix international Miller. — Rapport de la Commission d'Enseignement. — Adoption du programme minimum et du programme idéal des études. — Commission internationale d'information pour les questions d'enseignement. — Rapport de la Commission d'Hygiène. — Le livret dentaire scolaire. — Rapport de la Commission de Jurisprudence. — Rapport de la Commission de Terminologie. — La question des langues au Congrès de Berlin. — Vœux en faveur de l'Esperanto. — Proposition de modification aux statuts. — Quelques problèmes nouveaux de l'orthodontie. — Appareil teradontographe. — Nouvelle méthode d'anesthésie de la dentine. — Le traitement des irrégularités dentaires et la force intermaxillaire. — Prognathisme du maxillaire inférieur corrigé par la force intermaxillaire. — Etude comparative de la dent à pivot. — L'Institut international de Bibliographie. — La bibliothèque collective des Sociétés savantes. — Les réceptions. — Le Banquet de la F. D. S. — L'excursion de la F. D. N. belge.

Le samedi 8 août, à quatre heures, le Conseil exécutif tient sa dernière réunion pour entendre et discuter les rapports des diverses commissions.

M. Campion, de Londres, donna lecture de son rapport, au nom de la Commission de vérification des comptes. Celle-ci a trouvé les comptes du trésorier tout à fait corrects; elle se félicite de la nouvelle organisation adoptée à Amsterdam qui a créé des trésoriers nationaux chargés de recueillir les cotisations dans chaque pays. La Commission propose l'adoption du rapport du trésorier.

Le rapport de la Commission et celui du trésorier sont adoptés.

M. Schaeffer-Stuckert, de Francfort-sur-le-Mein, secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès international de Berlin, donne lecture d'un rapport, dans lequel il expose ce qui a été fait, jusqu'à ce jour, pour l'organisation de ce Congrès, dont il indique le programme général.

Le président, au nom de la F. D. I., félicite le Comité d'organisation et convie tous les membres de la Fédération à faire la plus large propagande pour assurer un succès considérable à cette grande réunion internationale des odontologistes.

---

1. V. *Odontologie*, 15 août 1908, p. 125.

On se souvient que l'année dernière, à Amsterdam, la F. D. I. avait décidé, pour honorer la mémoire de son président, d'ouvrir une souscription internationale pour la fondation d'un prix international portant le nom de Miller et destiné à récompenser les personnes ayant rendu les plus grands services à l'art dentaire.

Cette souscription, qui est toujours ouverte, a déjà fourni une somme importante et une Commission avait été chargée d'établir un règlement pour l'organisation de ce prix. *M. Mummery*, de Londres, au nom de cette Commission, a lu le rapport suivant :

Commission du prix Miller.

Rapport par *M. Mummery*, de Londres.

J'ai été chargé de présenter le rapport de la Commission du Prix Miller qui a siégé ce matin.

A cette réunion étaient présents MM. Aguilar (Madrid), Beck (Chicago), Chiavaro (Rome), Cunningham (Cambridge), Godon (Paris), Grevers (Amsterdam), Harlan (New-York), Jenkins (Dresde), Mummery (Londres), Röse (Dresde), Rosenthal (Bruxelles), Weiser (Vienne).

M. Röse informa la Commission du résultat obtenu par la souscription ouverte dans les différents pays ; elle montre que les sommes suivantes ont été obtenues :

Allemagne	11.000	marks	Danemark	1.000	—
Etats-Unis	8.000	—	Suisse	750	—
France	4.000	—	Finlande	500	—
Espagne	4.000	—	Sicile	500	—
Autriche	2.600	—	Belgique	480	—
Angleterre	2.000	—	Hongrie	5	—
Italie	1.800	—			
American dental society of Europe.	1.000	—	Soit au total.....	37.635	—

Les résolutions suivantes sont alors proposées à la Commission qui, après une longue et minutieuse discussion, les soumet à l'assemblée générale de la Fédération Dentaire Internationale :

1° *L'administration et la garde des fonds seront confiées à un Conseil permanent d'administrateurs composé de cinq membres élus par la F. D. I. laquelle pourvoira également aux vacances pouvant survenir dans ce Conseil. Les cinq noms suivants sont proposés par la Commission : MM. Godon, Aguilar, Röse, Brophy, Mummery.*

2° *Les fonds seront convertis en valeur d'Etat de tout repos choisis par le Conseil des administrateurs.*

3° *Les revenus provenant de ces fonds constitueront un prix connu sous le nom de* Prix International Miller *et attribués tous les deux ans*

à la personne ou aux personnes qui, à l'avis du jury, auront rendu les plus grands services à la dentisterie.

4° *Le jury chargé d'attribuer le* Prix International Miller *sera le Conseil exécutif de la Fédération Dentaire Internationale. Le Conseil exécutif de la F. D. I. est composé de représentants de la profession dentaire de toutes les contrées, élus par le Congrès Dentaire International sur la nomination de leurs Fédérations nationales dans la proportion suivante :*

Allemagne	5	Canada	1
Angleterre	5	Chili	1
Etats-Unis	5	Colombie	1
France	5	Cuba	1
Autriche-Hongrie	3	Danemark	1
Russie et Finlande	3	Hollande	1
Espagne	2	Mexique	1
Italie	2	Nicaragua	1
Japon	2	Norvège	1
Suisse	2	Portugal	1
Australie	1	République Argentine	1
Belgique	1	Suède	1
Brésil	1	Uruguay	1

5° *Le jury a la faculté de solliciter le concours de toute personne qu'il juge utile d'entendre, il a également le pouvoir de remettre l'attribution du prix à une autre session quand à son avis il n'y aura pas de travail suffisant pour mériter ce prix.*

6° *Le titulaire de ce prix recevra également une médaille et un diplôme.*

La Commission a voté des remerciements à M. Röse, et a décidé de proposer à la Fédération que celui-ci soit chargé de veiller à l'exécution des dessins et coins pour le modèle.

Elle a également voté des remerciements à M. Guérini pour son offre généreuse de faire exécuter à ses frais les dessins et coins. Cette offre, en raison des dispositions déjà prises, a dû être déclinée avec remerciements.

Ce rapport au nom de la Commission du Prix International Miller a été mis aux voix et adopté par la F. D. I.

M. Maurice Roy donne ensuite lecture du rapport suivant au nom de la *Commission d'enseignement :*

Commission d'Enseignement.

Rapport par *M. Maurice Roy.*

La Commission d'enseignement a tenu deux séances le vendredi 7 et le samedi 8 août.

L'année dernière nous avions adopté le programme minimum et le programme idéal des études dentaires réparti, le premier, sur quatre années, le second, sur cinq années. Cette adoption toutefois n'avait été faite que sous réserve des modifications qui pourraient, à cette session, être apportées à ces programmes après que chacun de nous aurait pu les étudier à loisir.

Ces programmes ont donc été étudiés et discutés à nouveau dans les séances de la Commission.

En ce qui concerne le *programme minimum d'études,* nous vous proposons l'adoption du programme adopté l'année dernière, en y ajoutant les exercices sur l'appareil fantôme, en deuxième année, et la pathologie générale, en troisième année ; il se trouve donc ainsi conçu :

Le programme se divise naturellement en : 1° Education préliminaire; 2° Enseignement sur les sujets dentaires spéciaux ; 3° Enseignement sur les sujets généraux, c'est-à-dire ceux qui sont communs à la dentisterie, aux sciences, à la médecine ou à la chirurgie.

1° *Education préliminaire.* Elle doit être identique comme but avec celle nécessaire à l'immatriculation pour les étudiants des Facultés des lettres, sciences, droit, théologie ou médecine.

2° et 3°. Les matières spéciales et générales de l'enseignement doivent être combinées dans un programme de quatre ans de la manière suivante :

1re *année.* — Prothèse au laboratoire, travail mécanique, au moins 800 heures ; Chimie (avec la métallurgie), 100 heures ; Travaux pratiques de chimie, 30 heures ; Physique, 100 heures ; Travaux pratiques de physique, 30 heures; Conférences et démonstrations d'anatomie humaine, 100 heures ; Anatomie pratique, dissection, 200 heures.

2e *année.* — Prothèse au laboratoire, 800 heures ; Physiologie, 100 heures ; Dissection, 400 heures ; Mécanique dentaire, cours théorique et démonstrations, 100 heures ; Exercices sur l'appareil fantôme, 100 heures.

3e *année.* — Prothèse au laboratoire, 600 heures ; Anatomie et physiologie dentaires humaines et comparées, 100 heures ; Travaux pratiques à l'hôpital dentaire comprenant la dentisterie opératoire, la prothèse, l'orthodontie et l'anesthésie, 600 heures ; Pathologie et chirurgie générales et chirurgie de la bouche et des parties voisines, 100 heures ; Matière médicale et thérapeutique, 30 heures ; Travaux pratiques d'histologie dentaire, 30 heures.

4e *année.* — Travaux pratiques à l'hôpital dentaire, 960 heures ; Prothèse dentaire et orthodontie, 200 heures ; Pathologie et chirurgie dentaires, 100 heures.

Le programme idéal adopté l'année dernière a été, lui, adopté sans

changement, nous vous en proposons l'adoption définitive ; il est ainsi conçu :

Les conditions d'enseignement préliminaires sont les mêmes que dans le programme minimum.

1re *année*. — Prothèse au laboratoire, chimie ; Travaux pratiques de chimie ; Physique ; Travaux pratiques de physique ; Biologie ; Conférences et démonstrations d'anatomie humaine ; Métallurgie dentaire.

2e *année*. — Prothèse au laboratoire ; Physiologie ; Travaux pratiques d'histologie (comprenant l'embryologie) ; Dissection ; Principes et démonstrations de mécanique dentaire.

3e *année*. — Prothèse au laboratoire ; Travaux pratiques à l'hôpital dentaire (comprenant : la dentisterie opératoire, la clinique dentaire, la prothèse, la prothèse clinique, la clinique d'anesthésie, la clinique de pathologie et chirurgie buccales, orthodontie) ; Pathologie ; Chirurgie générale et chirurgie spéciale de la bouche ; Stage dans un hôpital de chirurgie générale ; Pathologie générale et chirurgicale ; Anatomie et physiologie dentaires, humaines et comparées.

4e *année*. — Prothèse au laboratoire ; Travaux pratiques à l'hôpital dentaire ; Travaux pratiques d'histologie et de bactériologie dentaires ; Chirurgie dentaire ; Pathologie dentaire ; Principe et pratique de pathologie interne ; Stage dans un hôpital général de médecine ; Matière médicale et thérapeutique générales ; Matière médicale et thérapeutique dentaires.

5e *année*. — Prothèse au laboratoire ; Travaux pratiques à l'hôpital dentaire ; Anesthésie ; Prothèse chirurgicale ; Hygiène dentaire ; Bactériologie, Radiologie et électro-thérapeutique ; Jurisprudence dentaire.

A la suite du vote du Conseil exécutif décidant que les membres de la Commission d'enseignement de la F. D. I. sont chargés, dans leurs pays respectifs, des fonctions de la *Commission internationale d'information pour les questions d'enseignement* (International Educational Information Board), la Commission a choisi dans son sein une Sous-Commission plus spécialement de remplir ces fonctions et qui est ainsi composée :

MM.	MM.
Schaeffer-Stuckert (Allemagne).	Roy (France).
Guy (Angleterre).	Grevers (Hollande).
Weiser (Autriche).	Guerini (Italie).
Rosenthal (Belgique).	Smith-Housken (Norvège).
Haderup (Danemark).	Klingelhoffer (Russie).
Brophy (Etats-Unis).	Förberg (Suède).
Aguilar (Espagne).	Guye (Suisse).

Il est à signaler un intéressant travail dont *M. Amoëdo* a donné lecture à la Commission, et dans lequel il a étudié l'état de l'enseignement dentaire en Espagne, en Portugal et dans l'Amérique latine.

La Commission vous propose enfin de mettre à l'ordre du jour du Congrès de Berlin les questions suivantes :

De l'occlusion ;
La pyorrhée ;
Les incrustations ;
L'anesthésie de la dentine ;
Les appareils en métal coulé ;
L'enseignement de l'orthodontie ;
L'enseignement du bridge.

Ces questions sont des suggestions pour le Comité d'organisation du Congrès et la Commission le prie de faire connaître le plus tôt possible celles qui seront choisies afin que chaque Comité national puisse appointer un membre pour discuter chacune de ces questions.

Le rapport de la Commission d'Enseignement mis aux voix est adopté.

Commission d'Hygiène.

Rapport de *M. Bryan*, de Bâle.

M. Bryan, de Bâle, donne lecture d'un rapport au nom de la *Commission d'hygiène et des services dentaires publics*. Ce rapport est ainsi conçu :

La Commission d'hygiène a tenu deux courtes séances les 7 et 8 août, ayant dû à chaque fois s'ajourner pour permettre à d'autres Commissions de se réunir dans la salle qui lui était réservée ; elle n'a pu ainsi lire et discuter d'importantes communications qui lui étaient soumises. La Commission demande que ces questions lui soient soumises pour la publication dans le compte rendu.

La Commission demande à présenter les conclusions suivantes :

1° L'approbation et l'adoption de la résolution de la Société nationale allemande d'hygiène scolaire de Darmstadt :

La Commission d'hygiène de la F. D. I. constate avec satisfaction que la *Deutsch Verein für schulgesundheitspflege* (Société allemande pour l'hygiène scolaire), lors de son meeting de Darmstadt, a voté la résolution suivante que la Commission d'hygiène, se référant à ces votes de la session d'Amsterdam, présente comme conclusion additionnelle à ceux-ci, à l'adoption de la F. D. I.

« La Société appelle l'attention des autorités communales et d'Etat, sur l'utilité qu'il y a à donner leur appui officiel au mouvement tendant à assurer l'examen et le traitement des dents des enfants des écoles par des *Dentistes scolaires* et à user de tous les moyens pour établir des Cliniques dentaires scolaires. »

2° Proposition de création d'un prix pour le meilleur mémoire sur une clinique dentaire scolaire.

La Commission d'hygiène recommande à la F. D. I. d'offrir un petit prix en argent et un diplôme pour le meilleur mémoire sur une Clinique dentaire scolaire, son installation et ses fournitures, la dépense approximative, suivant les diverses installations possibles, indiquant les avantages d'avoir soit un dentiste scolaire régulièrement appointé par l'Etat ou les autorités locales, soit un service bénévole dans la clinique par les dentistes de la localité. Ce mémoire devrait être, le 1er mai 1909, entre les mains d'un Comité de trois membres désignés à ce meeting.

La Commission soumet également deux résolutions relatives à la nécessité d'avoir des dentistes pour les soins dentaires et à la valeur du traitement des dents des enfants.

3° Que le Conseil recommande au Congrès de Berlin de proclamer la valeur et l'importance du soin des dents des enfants et qu'il appuie les efforts faits en Allemagne par divers dentistes et diverses municipalités, et qu'il recommande ces organisations à l'adoption des autres pays du monde.

4° Que le Conseil proclame l'importance du soin des dents des soldats et des marins et l'importance qu'il y a à ce que ces soins soient exclusivement pratiqués par des personnes possédant un diplôme dentaire.

Le rapport de la Commission d'hygiène mis aux voix est adopté.

M. Withaus, de Rotterdam, a proposé l'enregistrement régulier du traitement dentaire des enfants des écoles et il propose à cet effet la création d'un livret destiné à contenir l'historique de la denture de son possesseur. En délivrant ce livret, l'état sanitaire de chaque dent y sera exactement consigné, ainsi que les maladies, pertes éventuelles et traitements. Le possesseur de ce livret le garderait soigneusement par devers lui avec grand soin et, à chaque consultation, le présenterait au dentiste qui le tiendrait à jour.

L'auteur de cette proposition très intéressante a présenté un projet de livret très bien fait qui a été, ainsi que sa proposition, renvoyé à l'examen d'une Commission de trois membres qui doit faire un rapport à ce sujet, en 1909, à Berlin.

M. Chiavaro, de Rome, donne ensuite lecture du rapport suivant au nom de la *Commission de Jurisprudence dentaire et de Déontologie :*

Commission de Jurisprudence.

Rapport de *M. Chiavaro,* de Rome.

M. Carr, président, étant absent, M. du Bouchet a été élu président et M. Chiavaro, secrétaire.

M. du Bouchet a présenté son rapport qui se résume ainsi :

« C'est seulement par l'organisation que nous pouvons obtenir un résultat dans notre lutte pour la répression de l'exercice illégal de l'art dentaire. Il y va de l'intérêt et de la dignité de chacun de nous, aussi bien que du bien-être général que les personnes non qualifiées ne puissent exercer la dentisterie. Pour que les mesures répressives ne deviennent pas des mesures oppressives, il est nécessaire que toutes les formes de l'opinion soient représentées ; pour que les mesures soient effectives, la surveillance des détails doit être complète ; ces détails devant viser à une prohibition effective doivent être uniformément en rapport avec la conception et l'exécution des lois.

Nous pensons que le moyen d'obtenir tout cela réside dans la formation de Sociétés sur les bases sus-mentionnées et nous proposerions que leur formation soit entreprise d'un seul coup, laissant à l'initiative de ces Sociétés le soin de prendre leur place dans l'organisation gouvernementale de leurs pays respectifs, sur les bases fondamentales précitées. »

La Commission de Jurisprudence approuve les vues ci-dessus. Elle demande à soumettre les deux questions suivantes pour le prochain Congrès dentaire international de Berlin :

1° C'est dans l'intérêt du public que l'État doit prohiber l'exercice de la dentisterie par toute personne qui n'a pas achevé le cours de ses études et obtenu un diplôme de licence l'autorisant à pratiquer.

2° Il est désirable qu'un médecin désirant pratiquer la dentisterie obtienne un diplôme dentaire en plus de son diplôme médical.

Le rapport de la Commission de Jurisprudence mis aux voix est adopté.

M. Van der Hœven, de La Haye, présente le rapport suivant au nom de la *Commission de Terminologie.*

Commission de Terminologie.

Rapport de *M. Van der Hœven,* de La Haye.

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport de la Commission de Terminologie, séance du 7 août, président M. J. E. Grevers.

M. Subirana lit son rapport sur la Terminologie et la nomenclature dentaire, et propose d'introduire plusieurs nouveaux mots, dérivés du grec.

M. Amoëdo remercie le rapporteur pour la peine qu'il s'est donnée de simplifier différentes expressions de la nomenclature, mais il craint qu'il ait signalé des mots qui peuvent donner de la confusion, par exemple le mot odontome. M. Subirana rectifie qu'il a donné le mot odontotome.

M. Grevers dit qu'il s'est déjà occupé pendant 15 ans de cette

question et qu'il a proposé au Congrès de Saint-Louis plusieurs nouveaux mots, aussi dérivés du grec. Il en cite quelques-uns et dit que ses propositions sont publiées dans le *Dental Cosmos*.

On prend la résolution suivante : de charger le bureau de mettre à l'étude l'orientation à donner à la nomenclature dentaire basée sur le latin et le grec.

M. Huet donne lecture de sa communication *Méthode de classification décimale appliquée à l'Odontologie et à la Stomatologie.*

Les conclusions furent mises aux voix et adoptées.

Nous conseillons donc d'accepter les conclusions de M. Huet, et de proposer au prochain Congrès les *vœux* suivants qui les résument :

1° Adoption de la classification décimale et affiliation à l'Institut international de bibliographie ;

2° Création, par les Comités nationaux, de bibliographies locales rédigées sur fiches (format international 125 × 75 m/m) et comprenant tous les articles d'intérêt dentaire paraissant dans le pays ;

3° Centralisation de ces fiches par un organisme international qui sera chargé de les tenir à la disposition de la masse des travailleurs.

M. Grevers propose de demander à la F. D. I. une somme pour imprimer une série de questions concernant la nomenclature dentaire, qu'on enverrait aux membres. Les réponses seront résumées et soumises au Congrès de Berlin.

Pour le Congrès de Berlin nous vous proposons :

1° De préparer un rapport sur la nomenclature dentaire scientifique ;

2° De donner mandat à M. Huet d'exposer à Berlin sa classification.

Le rapport de la Commission de terminologie mis aux voix est adopté.

M. Quarterman, de Bruxelles, fait la proposition suivante :

La F. D. I. émet le vœu que, au Congrès de Berlin, pour faciliter les discussions et éviter les pertes de temps pour les congressistes, les communications en une même langue soient, autant que possible, groupées ensemble dans les séances des diverses sections du Congrès.

Cette proposition est adoptée.

M. Coffin, de Londres, demande qu'un secrétaire local soit désigné dans chaque pays pour faire parvenir aux personnes dûment qualifiées du Comité d'organisation de Berlin, les communications et documents que les futurs membres de ce Congrès auraient à adresser.

Il est décidé que cette question concerne les Comités nationaux du Congrès.

M. Aguilar, de Madrid, demande que les règlements de la F.D.I. soient modifiés de telle sorte que les sessions de la Fédération au

lieu d'être annuelles ne se tiennent plus que tous les deux ans mais aient une durée de cinq à sept jours au lieu de deux jours. Il demande également que, à chaque session, chaque comité national fasse un rapport sur le mouvement dentaire dans son pays depuis la dernière réunion ; il demande enfin que, par suite de la création du prix Miller qui a été décidé, les statuts dans leur article II portent mention de cette nouvelle attribution de la F. D. I. qui décernera à l'avenir ce prix international. Ces diverses propositions sont renvoyées au bureau pour faire l'objet d'un rapport à la prochaine session.

M. Schaeffer-Stuckert demande si le Comité d'organisation du Congrès de Berlin peut refuser l'admission au Congrès d'un membre. Il est répondu que chaque comité national a plein pouvoir pour décider des admissions des membres du Congrès, mais qu'il ne doit tenir compte pour statuer sur ce point que de l'honorabilité professionnelle.

M. Cardinal, lieutenant de l'armée belge, vient ensuite, sur la demande de M. Cunningham, parler en faveur de la vulgarisation de la langue internationale auxiliaire *Esperanto* dont l'utilité serait si considérable dans des réunions internationales comme la F. D. I. où la diversité des langues nuit tant à la rapidité et à la clarté des discussions.

Dans une éloquente allocution chaleureusement applaudie, l'orateur montre l'utilité de cette langue et le rôle considérable qu'elle est appelée à jouer. Il montre que cette langue, d'une construction rationnelle, qui emprunte ses radicaux à la plupart des idiomes européens, a une grammaire réduite à un nombre infime de règles sans aucune exception, en sorte qu'elle peut être apprise en quelques semaines par un homme de culture moyenne, et que sa facilité de prononciation est telle que, ainsi que l'ont montré les Congrès espérantistes qui ont réuni un nombre considérable d'assistants de tous pays, dès leur première rencontre, deux personnes de langue différente ayant appris l'esperanto chacune dans leur pays se comprennent immédiatement.

M. Cunningham, de Cambridge, qui, parmi nos confrères, est un des plus fervents propagandistes de l'esperanto avec M. Hugo Schwaycarski, de Paris, vient ensuite appuyer par des exemples topiques empruntés à nos réunions professionnelles les propositions qu'il a faites à maintes reprises en faveur de l'extension de l'esperanto.

Sur sa proposition, l'assemblée adopte un premier vœu tendant à ce que les journaux qui publient le *Bulletin international de la F. D. I.* en publient un résumé en esperanto. Elle prend ensuite en considération un second vœu de M. Cunningham, demandant que l'esperanto soit reconnu comme langue officielle au Congrès dentaire international de Berlin.

L'ordre du jour se trouvant épuisé, la session fut close après que le président eut félicité les délégués des divers pays de leurs travaux

et remercié la F. D. N. belge de leur avoir aussi aimablement facilité et agrémenté leurs délibérations.

*
* *

Le bureau de la F. D. I., profitant de la présence de confrères si qualifiés de divers pays, avait eu l'heureuse idée de demander à quelques-uns d'entre eux de faire une communication sur les travaux auxquels ils se consacrent plus particulièrement, de façon à couper l'ordre de nos séances par une réunion technique.

Cette séance fort intéressante a eu lieu le samedi matin.

M. Korbitz. — Quelques problèmes nouveaux de l'orthodontie.

M. Körbitz, de Berlin, a indiqué avec des projections *Quelques problèmes nouveaux de l'orthodontie* et quelques-unes des solutions qui peuvent leur être données.

Autrefois, dit-il, on cherchait toujours la cause des irrégularités dentaires dans la mâchoire supérieure, mais on sait aujourd'hui que c'est, au contraire, très souvent dans la mâchoire inférieure qu'il faut chercher la cause de celles-ci.

Il montre un cas représentant un gros prognathisme apparent du maxillaire supérieur dû à l'extraction des deux premières grosses molaires inférieures. Ce n'est pas, dit-il, dans ce cas le maxillaire supérieur qu'il faut modifier, mais le maxillaire inférieur. Il faut remédier à cette difformité par l'ancrage intermaxillaire qui rétablira les rapports mésio-distaux normaux des dents de la mâchoire inférieure sans modifier les rapports mésio-distaux de la mâchoire supérieure qui sont normaux.

M. Körbitz projette alors une série de photographie montrant les transformations de la bouche de son sujet sous l'influence de l'ancrage inter-maxillaire.

Finalement la dernière figure montre qu'il a rétabli d'une façon normale les rapports des dix dents antérieures de la mâchoire inférieure avec les dents correspondantes de la mâchoire supérieure. Mais, comme la première grosse molaire manquait il a amené la seconde grosse molaire à la place de cette dent dont elle joue absolument le rôle articulaire normal. L'auteur toutefois montre les inconvénients de ce procédé qui laisse sans antagoniste la seconde grosse molaire supérieure et indique que, à cet égard, il eut été préférable de laisser la seconde grosse molaire à sa place normale et de remplacer la première grosse molaire par la prothèse ; mais, dans le cas particulier, comme il s'agissait d'une enfant pauvre, il a pensé qu'il serait plus profitable pour elle d'adopter la solution qu'il a choisie.

L'auteur présente ensuite les projections d'un second cas dans lequel

le menton était très rétracté par l'extraction des deux grosses molaires inférieures. Il dit que dans ce cas comme dans le premier c'est le maxillaire inférieur qui devait être modifié. Il pouvait l'être en masse, par le saut de l'articulation (jumping the bite), ou en avançant toutes les dents de la mâchoire inférieure. C'est à ce second procédé que l'auteur a eu recours, mais il a eu un gros inconvénient résultant de l'inclinaison en avant des dents antérieures malgré la position basse donnée à l'arc d'expansion.

Pour remédier à cet inconvénient, il plaça sur les quatre dents incisives inférieures des anneaux de platine, portant à la face antérieure un prolongement en platine iridié descendant dans la direction de la racine de ces dents, prolongements à l'aide desquels les dents étaient tirées par l'arc d'expansion placé dans la région des racines, tandis que les quatre dents étaient maintenues en arrière par un fil passé transversalement dans l'épaisseur de la face postérieure des quatre bagues.

Parlant ensuite à cette occasion des cas où il était nécessaire de faire effectuer des mouvements d'élévation ou d'abaissement aux dents antérieures, M. Körbitz dit que, suivant que le point d'appui est pris sur la mâchoire antagoniste ou sur un autre point, l'on peut diviser les moyens qui peuvent être employés en ancrage inter-maxillaire et extra-maxillaire. L'ancrage occipital qui consiste à prendre point d'appui sur l'occiput à l'aide d'une sorte de calotte placée sur la tête et reliée aux dents par des cordons élastiques, ne peut s'appliquer qu'aux dents de la mâchoire supérieure. Pour les dents inférieures, l'auteur indique un appareil intéressant et ainsi combiné : il place sous le menton une gouttière métallique mince et dont la partie postérieure est maintenue par une sorte de calotte placée sur l'occiput analogue à la fronde de Bouisson, tandis que, à la partie antérieure, est fixé un fil de ressort dessinant à distance le profil du menton et de la lèvre et qui, pénétrant entre les lèvres, agit sur une ou plusieurs bagues fixées sur les incisives, et permet de faire subir à une seule de ces dents ou à plusieurs à la fois des mouvements d'abaissement ou d'élévation.

M. Subirana. — 1° Appareil Teradontographe. 2° Notice sur Horace Wells.

M. Subirana, de Madrid, a présenté un nouvel appareil très bien combiné pour l'enseignement de l'orthodontie et auquel il donne le nom de *Teradontographe*. Cet appareil, que l'auteur dans un prochain travail doit présenter à nos lecteurs avec les figures qui en feront comprendre parfaitement la construction très ingénieuse et le fonctionnement, représente les deux mâchoires, à une échelle consi-

dérablement agrandie, par deux paraboles métalliques montées sur un support. Chaque dent est fixée par une tige qui représente la racine et pourvue d'une articulation à genouillère en sorte qu'elle peut prendre absolument toutes les positions : abaissement, élévation, rotation, inclinaisons diverses avec la plus grande facilité tandis qu'un simple verrou permet de fixer instantanément toutes les dents à la fois dans la position qui leur a été donnée.

M. Subirana a lu ensuite une notice très intéressante sur Horace Wells au sujet de laquelle nous aurons occasion de revenir et présenta un triptyque représentant les épisodes principaux de la vie de notre illustre confrère.

MM. Quintin et Pitot. — Nouvelle méthode d'anesthésie de la dentine.

MM. Quintin et Pitot, de Bruxelles, ont fait ensuite une communication et une démonstration sur un nouveau procédé d'anesthésie de la dentine à l'aide de la *novocaïne*.

Nous avons publié dans notre dernier numéro la communication de M. Pitot[1], nous ne nous étendrons donc pas sur ce sujet si ce n'est pour dire l'excellence des résultats obtenus par les expérimentateurs dans leur démonstration. Malgré les mauvaises conditions dans lesquelles s'effectuent toujours des démonstrations publiques de ce genre, ils ont obtenu des résultats merveilleux ; quelques instants après les injections gingivales de la solution qu'ils emploient, l'anesthésie de l'ivoire et de la pulpe a été obtenue d'une façon parfaite. D'après les expériences auxquelles nous avons assisté, si l'on tient compte en outre que, d'après l'expérience des auteurs, il n'a jamais occasionné aucun accident local ou général, ce procédé paraît on ne peut plus digne d'attention.

M. Ch. Godon. — Le traitement des irrégularités dentaires et la force inter-maxillaire.

Le président de la F. D. N. belge M. Rosenthal ayant demandé à M. Godon de refaire devant les membres du Congrès la communication qu'il vient de faire au Congrès de Clermont-Fernand, celui-ci rappelle les travaux précédents qu'il a présentés aux différents Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences depuis 1905 sur les conditions d'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires. Il cite les applications qu'il a faites à ce sujet du polygone des forces dont il fait la démonstration au tableau. Il montre les diverses applications qui découlent de ces principes et qui forment

---

1. V. *Odontologie*, 15 août 1908, p. 108.

la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire et dont une de ses applications principales concerne le traitement des irrégularités dentaires.

Il présente ensuite avec les modèles montés sur l'articulateur physiologique de Grittmam deux observations intéressantes relatives au traitement de la rétrusion de l'arcade dentaire inférieure, la première par la force inter-maxillaire ou ouvrage de Baker (appareil fixe, sans plaque), l'autre par la méthode du saut de l'articulation, dit *jumping the bite* (plan incliné, appareil mobile). Il établit un paralèlle entre les deux méthodes [1].

M. Henri Villain. — Présentation d'un cas de prognathisme inférieur corrigé par la force inter-maxillaire.

M. Henri Villain présenta les modèles d'un cas intéressant de prognathisme du maxillaire inférieur dans lequel il obtint une correction parfaite par la simple force inter-maxillaire (ancrage intermaxillaire) sans surélévation de l'articulation (V. *Odontologie,* 15 février 1908, p. 97).

M. Solbrig. — Démonstration de bridges et appareils coulés.

M. Solbrig, de Paris, fit une démonstration dans laquelle il coula deux appareils en or avec la presse Solbrig-Platschick. Il présenta diverses pièces, dents à pivot, couronnes, bridges, inlays, etc., coulées pas le même procédé.

L'auteur exposa ensuite qu'il avait fait récemment une communication avec démonstration à Londres à la réunion annuelle de l'*American Dental Club of Europe* et que, là, d'autres auteurs avaient fait également des démonstrations d'appareils et bridges coulés mais que, en projetant violemment ces pièces sur un bloc d'acier, toutes se brisèrent, exception faite de celles coulées par M. Solbrig. Celui-ci ne sait à quoi attribuer la résistance et l'élasticité particulière de ses plaques. Sont-elles dues à l'action de l'oxygène ou de l'hydrogène ? il l'ignore et ne peut que constater le fait se réservant d'en rechercher les causes, et fait appel pour cela au concours des chercheurs.

M. Georges Villain. — Etude comparative de la dent a pivot.

M. Georges Villain refait, devant la F. D. I., l'intéressante communication qu'il a faite à Clermont-Ferrand, au Congrès de l'A. F. A. S. et qui est résumée plus haut (V. p. 167).

---

1. Voir plus haut, p. 155, les détails relatifs à cette communication.

*
* *

On sait avec quel zèle M. Huet, de Bruxelles, qui est un ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, s'est voué à l'étude de la bibliographie et s'est efforcé de réaliser pour l'art dentaire la classification décimale qui a été adoptée par l'Institut international de bibliographie de Bruxelles ; nos lecteurs ont pu lire sur ce sujet le très intéressant travail qu'il a publié il y a quelque temps dans *L'Odontologie* (V. *Odontologie,* 30 janvier 1908, p. 57) et qui a été comme on l'a vu entièrement approuvé par la F. D. I. sur le rapport de sa commission de terminologie. Je dois à cet aimable confrère d'avoir fait à l'issue de cette séance si remplie du samedi matin une visite des plus intéressantes à deux œuvres des plus remarquables *l'Institut international de Bibliographie* et la *Bibliothèque collective des sociétés savantes* au sujet desquelles je m'en voudrais de ne pas dire quelques mots à nos lecteurs.

A l'*Institut international de Bibliographie* on enregistre et on classe les publications du monde entier dans tous les domaines de l'activité humaine. Grâce à la précision de la classification décimale qui a été adoptée par cet institut, il est possible de trouver instantanément toute la documentation nécessaire sur un point quelconque des connaissances humaines, de retrouver le titre, l'auteur, la date, la source d'un travail paru. Tous ceux qui ont eu ou ont à faire des recherches de ce genre savent quels services peut rendre une semblable institution qui n'est pas une entreprise commerciale, mais une institution créée en 1895 à la suite de la première conférence internationale de bibliographie et qui est soutenue par le Gouvernement belge, des sociétés et des particuliers en vue d'offrir un centre de documentation à tous les travailleurs du monde.

J'ai pu, grâce à l'amabilité de M. Masure, le distingué secrétaire de l'Institut, auquel m'avait présenté M. Huet, avoir un aperçu de la perfection de l'organisation et de la richesse de la documentation de cette institution, qui m'a émerveillé et sur laquelle je me fais un devoir d'appeler l'attention de tous les travailleurs qui peuvent s'y adresser avec le plus grand profit. On peut même, moyennant une minime rétribution, se faire adresser copie des fiches nécessaires à la documentation d'un travail quelconque. L'Institut classe même les documents iconographiques, gravures, clichés, projections, etc.

La *Bibliothèque collective des sociétés savantes* est un organisme tout nouveau, dépendant de l'*Institut international de Bibliographie,* mais comme lui de but désintéressé et soutenu par le Gouvernement belge qui a groupé en un local commun la bibliothèque des diverses Sociétés savantes de Bruxelles.

Ces Sociétés (au nombre d'une quarantaine), tout en gardant la propriété de leurs livres, se trouvent débarrassées de toute la partie

matérielle de classification et de garde de ceux-ci. Chaque bibliothèque est réunie dans un compartiment spécial du local fort bien organisé, mis par le Gouvernement à la disposition de la bibliothèque et tout y est classé suivant la classification décimale adoptée par l'Institut. L'ensemble des volumes de toutes les Sociétés adhérentes, qui forme ainsi une bibliothèque de 40.000 unités bien cataloguées et conservées dans un local approprié avec une belle salle de lecture, se trouve mis à la disposition de tous les membres des quarante sociétés affiliées. Cette institution, dont le mécanisme m'a été fort aimablement exposé par M. Paul Otlet, l'un des directeurs de l'Institut, qui voulut bien m'en faire les honneurs, m'a paru intéressant à montrer comme un exemple susceptible d'être avantageusement imité, d'autant que cette institution n'est que la première étape d'une fédération d'institutions semblables qui permettrait l'échange international des prêts de volume déjà commencé par la Bibliothèque collective de Bruxelles.

*
* *

Nous avons déjà dit l'affabilité avec laquelle nos confrères de Belgique ont reçu les membres de la F. D. I.; mais ce compte rendu serait incomplet si nous ne disions, avant de terminer, quelques mots des diverses fêtes organisées par la F. D. N. belge, et du banquet qui clôtura les travaux de la session.

Le jeudi 6 août, à 8 h. 1/2 du soir, avait eu lieu à la Taverne de la Régence une réception des délégués étrangers dont nous avons déjà parlé et dit la franche cordialité.

Le vendredi soir, à 8 h. 1/2, les membres de la F. D. I. étaient conviés dans les jardins du Waux-Hall à un concert spécialement organisé à leur intention et où ils passèrent une soirée des plus agréables en écoutant une excellente musique.

Le samedi, à 8 heures, avait lieu le banquet de la F. D. I. à la Taverne royale où plus de soixante convives se trouvaient réunis pour fêter la Fédération.

A l'heure des toasts, M. Sauvez prit le premier la parole et fit un éloquent parallèle entre le développement de la F. D. I. et celui de la Belgique en tant que nationalité, il en montra l'analogie en disant qu'il y voyait le meilleur garant de l'àvenir de la F. D. I.

M. Rosenthal, de Bruxelles, président de la F. D. N. belge, félicita les délégués de la F. D. I. qui, dans un but absolument désintéressé, sans aucun espoir de profit personnel, ne craignaient pas de faire de longs et coûteux voyages pour venir discuter des grands intérêts de leur profession.

M. Godon, président d'honneur de la F. D. I., rappela le souvenir

des absents et des disparus dont il rappela la contribution à la grande œuvre de la F. D. I.

Puis successivement prirent la parole : MM. Browne, au nom de la Société belge d'Odontologie ; Guy, d'Edimbourg ; Quintin, de Bruxelles, au nom de la presse professionnelle et médicale ; Walkhoff, de Munich, président du Comité d'organisation du Congrès international de Berlin ; Aguilar, de Madrid ; Weiser, de Vienne ; Baruch, de Bruxelles, au nom de l'Association générale des dentistes de Belgique ; Grevers, d'Amsterdam ; Maurice Roy, votre serviteur, qui, au nom de sa vieille amitié pour les confrères belges auxquels, il y a dix ans, il était venu prêcher la concorde et l'union, se félicita de la création de la F. D. N. belge ; Guerini, de Naples ; Gruter, Suisse ; Mathurin, Belgique ; Cunningham, de Cambridge ; Kloth, de Bruxelles, au nom de la presse quotidienne.

Ce n'est qu'à minuit qu'on se sépara en se donnant rendez-vous pour le lendemain matin, pour assister à l'excursion à la forêt de Soignes, offerte aux membres de la F. D. I. par la Fédération dentaire nationale belge.

Le dimanche matin, de grands breaks emmenaient les congressistes et leur famille loin de Bruxelles. La promenade a été des plus agréables. Un excellent déjeuner a eu lieu dans un chalet de la forêt. La plus franche gaîté n'a cessé d'y régner.

M. Sauvez, dans un toast très applaudi, se faisant l'interprète de tous, a remercié les confrères belges de leur si gracieuse hospitalité et a porté un toast à leur jeune fédération et à leur président M. Rosenthal, toast auquel a répondu M. Quintin, au nom des Belges.

L'excursion s'est continuée par une visite au parc de Tervueren et au Musée du Congo, et par un thé offert à 6 heures par notre confrère M. Bon, dans sa jolie villa de Tervueren, après quoi l'on revint le soir place de Namur, à Bruxelles, où l'on se sépara en se donnant rendez-vous pour l'année suivante, à Berlin.

NOUVELLES

Médaille d'or à M. Delair.

Nous apprenons avec plaisir que notre ami et collaborateur Delair est, depuis peu, titulaire de la médaille d'or de la *Société d'encouragement au progrès.*

En décernant cette médaille à M. Delair, cette Société a voulu récompenser les inventions humanitaires si ingénieuses de notre confrère, notamment son larynx artificiel, son voile à clapet pour fissurés congénitaux, ses plaques perforées, et son procédé de boulonnage des attelles perforées pour fractures.

Nous adressons à M. Delair nos bien sincères félicitations.

Mariages.

Nous apprenons le mariage :

De notre confrère Jehan Prudhomme, de Reims, avec Mlle Jane Murjas.

De M. Octave Chenivesse, chirurgien-dentiste à Avignon, membre de l'Association des Dentistes de France avec Mlle S. Foull.

Toutes nos félicitations.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Félix Cartie, chirurgien-dentiste à Nantes.



Edmond PAPOT

28e ANNÉE. N° 17 15 SEPTEMBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Edmond PAPOT

C'est avec une profonde tristesse que nous venons d'apprendre la mort de notre excellent confrère Edmond Papot, qui fut, pendant dix ans, administrateur-gérant de L'Odontologie. *C'est à Héricy-sur-Seine, où il s'était retiré il y a quelques années, que notre regretté ami vient de mourir à 59 ans.*

Fils d'un dentiste de Châlons-sur-Marne, Papot avait de bonne heure embrassé la carrière de son père. S'étant engagé au moment de la guerre de 1870, il fut décoré de la médaille militaire pour sa belle conduite sur le champ de bataille. Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris en 1885, il fut ensuite successivement démonstrateur, chef de clinique, puis professeur suppléant à l'Ecole ; il fut nommé professeur titulaire en 1896.

A la suite de la mort tragique de Paul Dubois, il fut élu administrateur-gérant de L'Odontologie, *poste qu'il conserva jusqu'en 1906. Tous les rédacteurs et les lecteurs de ce Journal savent avec quel zèle et quel soin il s'acquitta de cette fonction à laquelle il joignit pendant quelques années celle de secrétaire de la rédaction. Il fut entre temps président de la Société d'Odon-*

tologie et de l'Association générale des Dentistes de France, et c'est en raison des qualités d'administrateur dont il avait fait montre dans les diverses fonctions dont il avait été chargé que le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris décida, en 1901, de lui confier le poste d'administrateur général de l'Ecole, qui fut créé à cette époque.

Il abandonna sa clientèle pour se consacrer entièrement à ce poste important, et il sut s'acquitter à la satisfaction de tous de ces délicates fonctions dans lesquelles il apporta l'ordre et la ponctualité qui le caractérisaient. Mais les multiples occupations qu'il avait assumées et le surmenage auquel elles l'entraînaient avaient contribué à altérer sa santé et, en 1904, il abandonna le poste d'administrateur de l'Ecole dentaire de Paris et en 1906 celui d'administrateur-gérant de L'Odontologie.

Depuis, retiré complètement à la campagne, à Héricy-sur-Seine, il ne se désintéressait pas pour cela de l'Ecole et du Journal auxquels il s'était consacré pendant tant d'années, et nous avions le plaisir de le voir assister à toutes les réunions importantes de notre Groupement. Certes, nous ne pensions pas, lorsque nous le vîmes à une de nos dernières réunions, qu'il serait enlevé ainsi à l'affection des siens et à l'amitié et à l'estime de tous ses confrères à un âge aussi peu avancé. La mort d'Edmond Papot sera douloureusement ressentie par tous ceux qui l'ont connu ; tout le monde estimait ce travailleur, qui ne laissera que des regrets dans les diverses branches de notre Groupement où il a toujours tenu une place importante. Au nom de l'Association générale des Dentistes de France, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, et, en particulier, au nom de

ce journal L'Odontologie, *où il laisse une si profonde trace de son dévouement et de son activité, nous exprimons à la veuve et aux enfants de notre regretté confrère et ami nos profonds sentiments de douloureuses condoléances, et, en adressant à Edmond Papot un suprême adieu, nous pouvons l'assurer que son sympathique souvenir restera toujours dans la mémoire de tous ses confrères et du journal* L'Odontologie.

LA RÉDACTION.

Les obsèques de M. E. Papot ont eu lieu le 12 septembre à 2 heures 1/2 au cimetière du Père-Lachaise au milieu d'une grande affluence d'amis. De nombreux membres de l'Association avaient tenu à lui rendre les derniers devoirs. Nous avons remarqué notamment MM. Bioux, Blatter, Francis Jean, Godon, Lalement, Martinier, Pailliottin, Prevel, Richard-Chauvin, Ronnet, Sauvez, Touvet-Fanton, Viau, etc...

Un grand nombre de confrères, encore retenus en province, s'étaient fait excuser et avaient adressé l'expression de leurs regrets et de leur sympathie.

Au cimetière, un suprême adieu a été adressé à notre regretté confrère par M. Godon, au nom de l'Ecole dentaire, par M. Francis Jean, au nom de l'Association, par M. Ronnet, au nom des amis personnels de M. Papot.

DISCOURS DE M. GODON

Au nom de l'Ecole dentaire de Paris et, je puis le dire, au nom de tous ceux qui se sont intéressés au mouvement de rénovation et de progrès professionnels qu'elle représente, je viens adresser à Edmond Papot un dernier adieu.

Depuis l'époque où, élève laborieux, il obtint son diplôme, lauréat de 1re année, il se prit de passion pour notre institution et la servit avec le plus grand dévouement pendant plus de vingt ans. Nombreux sont les services qu'il a rendus.

Dans le corps enseignant il fut, tour à tour, préparateur de cours, démonstrateur, chef de clinique, professeur suppléant, professeur ; gravissant ainsi tous les degrés de la hiérarchie, il prit une part active à l'instruction professionnelle de nombreuses générations d'étudiants.

Comme tel, il participa aussi au mouvement scientifique que produisit cette renaissance des études dentaires en France, en publiant des articles intéressants dans notre revue *L'Odontologie,* dont il fut le secrétaire de la rédaction et l'administrateur de 1896 à 1906 et en prenant part aux travaux de nos Congrès et de la Société d'Odontologie de Paris dont il fut successivement le secrétaire général, le vice-président, puis le président.

Mais son rôle fut plus important encore comme administrateur, car, dès 1887, appelé à siéger au Conseil d'administration de l'Ecole, il y rend de tels services dans les diverses commissions, que par la suite il est nommé, par la confiance de ses collègues, au poste d'administrateur général, qui le place à la tête de la plupart des services de l'institution.

Il abandonne sa clientèle pour se consacrer entièrement à cette nouvelle fonction, dans laquelle il apporte le zèle, le dévouement, l'esprit consciencieux et méthodique et l'amour du travail dont il n'a cessé de faire preuve pendant toute sa carrière professionnelle.

Mais bientôt, fatigué, surmené, il est obligé de s'arrêter, de nous quitter, pour aller prendre un repos bien gagné à la campagne, au milieu des siens.

Hélas il n'a pas joui de ce repos aussi longtemps qu'il l'avait mérité, après une existence toute de travail, et consacrée pour une si grande part à l'intérêt général. Aussi sa fin prématurée nous a-t-elle douloureusement impressionnés.

J'ai tenu à venir dire ici, moi dont il fut pendant si longtemps un utile et précieux collaborateur, et un bon ami, au nom de ses anciens collègues et amis de l'Ecole dentaire de Paris, que nous n'avions pas oublié, que nous n'oublierons jamais les services qu'il a rendus à notre institution, et j'espère ainsi par ce dernier témoignage de notre estime et de notre sympathie apporter à sa veuve et à ses enfants quelque adoucissement à leur douleur.

Adieu Edmond Papot, adieu !

DISCOURS DE M. FRANCIS JEAN

C'est le cœur plein de tristesse que nous sommes réunis au bord de cette tombe, pour dire un adieu suprême à notre honorable confrère et excellent ami Edmond Papot, que le destin inexorable enlève trop tôt à l'affection de sa famille, de ses anciens collègues et de ses amis.

Je n'ai pas besoin de rappeler qu'il consacra une bonne partie de sa laborieuse existence — depuis 1885 — c'est-à-dire plus de vingt années, au progrès et à l'élévation de notre corporation, et qu'il fut justement apprécié dans les postes successifs qu'il sut remplir avec tact et dévouement, tant dans divers Congrès et Fédérations, qu'à l'Association générale des Dentistes de France, qui, le nomma président en 1896 et en 1903.

Rappelons-nous aussi son inébranlable attachement à la cause des odontologistes, cause qu'il n'a cessé de défendre et de servir pendant toute sa carrière de praticien et je dois encore ajouter à ce juste témoignage de notre reconnaissance confraternelle qu'il fut un administrateur dont la probité pourra servir d'exemple à ses successeurs.

A nos regrets unanimes et bien justifiés, ajoutons celui de ne l'avoir pas vu profiter plus longuement du repos auquel il aspirait, alors qu'il venait de prendre une retraite bien méritée.

En ma qualité de président de l'Association générale des Dentistes de France, au nom du Conseil d'administration de l'Association et à titre d'ami personnel, j'adresse à Madame Papot et à ses enfants l'expression de nos sincères condoléances et de notre cordiale sympathie.

DISCOURS DE M. RONNET

L'ancienneté de nos relations confraternelles et la vieille amitié qui n'a jamais cessé d'exister entre Papot et moi me font un devoir de lui adresser ici un dernier adieu.

Permettez-moi en quelques mots de vous rappeler le passé de cet homme de bien dont la vie a été toute de travail, honorant ainsi par son labeur une profession qui est la nôtre et qu'il a su exercer avec tact et désintéressement.

Si bref que soit l'adieu que je lui adresse, il me faut parler de la sincère amitié dont il honorait ses amis. Homme de devoir, il était pour tous bienveillant et serviable et, sous une apparence d'aimable bonhomie, il cachait une bravoure réelle dont la médaille militaire gagnée et bien gagnée en 1870 était un gage incontestable et mérité.

C'est pourquoi, nous, ses bons et vieux amis, nous conserverons son souvenir.

Les hasards de la vie ont pu te faire partir avant les autres, mon cher Papot, mais nous qui restons, nous ne pouvons pas oublier l'homme et l'ami que tu as été. Nous t'adressons ici, nous, tes vieux camarades, un dernier adieu en nous associant à la douleur des tiens.

Puissent les regrets unanimes que ta perte fait naître, apporter à ceux-ci l'insuffisante consolation de ta mort prématurée ! Adieu !

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TERADONTOGRAPHE[1]

Par M. Subirana (de Madrid).

J'ai donné ce nom à un appareil de mon invention, destiné à figurer toutes les anomalies de l'occlusion dentaire et à démontrer les diverses façons d'en obtenir la correction. J'aurais pu appeler cet appareil « mannequin dentaire », mais on sait que le vocable « mannequin », en médecine, désigne les figures de bois ou de carton dont se servent les élèves pour s'exercer à l'application des bandages, aux opérations, etc..., mais, ce mot, me semble-t-il, n'expliquerait pas aussi clairement et aussi rapidement le but de l'appareil que celui que j'ai choisi. Au surplus, le mot « mannequin dentaire » pourrait indiquer tout aussi bien la bouche artificielle sur laquelle on peut s'exercer dans l'art de faire des aurifications, des mises en place d'appareils, des extractions. Aucune hésitation n'est possible quant à l'objet de l'appareil dont il s'agit, si l'on veut se reporter aux racines dont j'ai composé son nom : *terados* signifiant anomalie, *odons* dent, et *grapho* écris. Le mot téradontographe indique immédiatement, sans aucun doute, qu'il s'agit d'un appareil pour la description et la figuration des anomalies dentaires.

Dans les pays où la présence de l'orthodontiste acquiert l'importance qu'elle mérite, grâce à ce qu'elle est de pratique courante, il n'est pas difficile de constituer dans un laps de temps relativement court un musée professionnel de cas d'irrégularités auxquelles on a porté remède. Par la variété et la multiplicité des aspects que présentent ces cas, un tel musée permet la composition d'ouvrages avec des gravures originales fort nombreuses : tel est l'ouvrage d'An-

1. Traduction de M. O. Amoëdo.

gle, par exemple. En Espagne, et dans d'autres pays malheureusement, les professionnels ne peuvent pas, à cause de l'état d'esprit de la masse encore peu familiarisée avec ces opérations, arriver à établir un musée complet.

C'est une chose presque impossible à laquelle on n'arrive en général qu'après une vie professionnelle entièrement consacrée à l'orthodontie. C'est pourquoi dans un ouvrage d'orthodontie que nous écrivons il nous est impossible d'arriver à pouvoir présenter une collection complète des cas innombrables d'anomalies dentaires qui sont utiles, sinon indispensables, à de tels ouvrages, si l'on veut qu'ils ne présentent une fâcheuse insuffisance au point de vue des illustrations.

Avant de porter un jugement sur le système commode de recourir simplement à la copie des cas traités par d'autres, ou encore plus simplement de dessiner des modèles sans aucun original, j'ai songé à construire cet appareil, grâce auquel on peut non seulement figurer les anomalies individuelles des dents (les sept anomalies de position qui peuvent atteindre chacune d'elles), mais encore figurer les anomalies de l'occlusion, ou enfin démontrer les phases successives des traitements. Basé sur des règles mécaniques certaines, cet appareil, après de nombreux essais et des épreuves multiples, nous a permis d'obtenir l'effet désiré, à savoir, représenter toutes les positions défectueuses aussi parfaitement qu'il est possible de le faire dans un mécanisme compliqué comme celui de 32 pièces dentaires. Les sept déviations simples et composées que les dents peuvent adopter individuellement : rétroversion, rotation, infraversion, etc... aussi bien que les mouvements collectifs défectueux, ou les mauvaises positions des dents, peuvent être exactement reproduits grâce à son mécanisme. Il va sans dire que l'appareil ne peut manquer de présenter une occlusion physiologique parfaite comme un maxillaire inférieur normal avec le maxillaire supérieur normal correspondant.

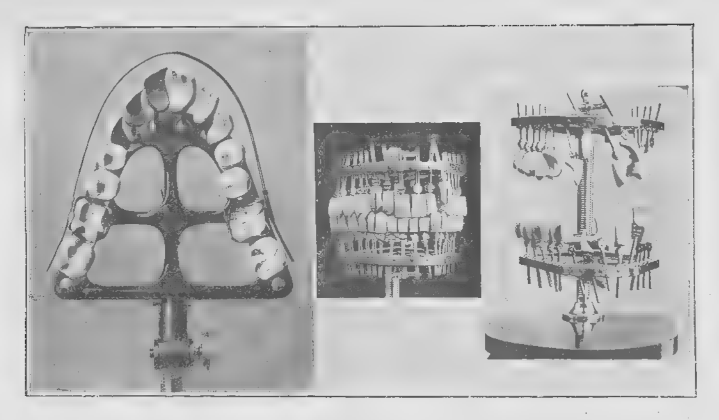
Avec ces maxillaires et des dents artificielles, nous avons pu atteindre le but que nous nous étions proposé d'imiter

parfaitement toutes anomalies d'occlusion, si variées et si compliquées qu'elles puissent être. Nous avons trouvé également dans cet appareil un puissant auxiliaire pour présenter clairement, et sans les difficultés propres à une simple description de ce genre, les surfaces des dents, les détails anatomiques distinctifs, l'occlusion dentaire précise et détaillée. On comprendra facilement, d'autre part, que le champ d'utilisation d'un appareil de ce genre ne sera pas limité à l'illustration d'un livre, car dans ce cas il serait réellement bien limité, mais nous espérons qu'il rendra des services multiples et variés, dans les écoles, les associations, les congrès, partout enfin où se réunit le corps professionnel pour discuter et s'instruire.

On peut faire avec l'appareil des démonstrations non seulement sur l'orthodontie (ceci restant cependant le but principal primitif), mais encore sur les nombreux aspects que revêt notre art, aspects tellement nombreux et tellement variés qu'il nous faut renoncer à les citer. L'appareil suppléera, dans nombre de cas, avec les plus grands avantages, aux descriptions graphiques, gravures, projections, etc.

Par exemple, les démonstrations que vient de nous faire M. Godon désignant au tableau noir l'occlusion normale, dessin qui lui a demandé trois minutes, et les déviations qui se produisent dans les dents peu de temps après une extraction, auraient pu être faites parfaitement avec mon appareil en moins d'une minute, avec l'immense avantage de voir une reproduction exacte et fidèle du naturel, tandis que dans le tableau noir, à cause du grand nombre des traits, la reproduction est confuse et se grave moins facilement dans la mémoire des auditeurs.

Les différentes figures auxquelles le lecteur peut se reporter, permettent de se rendre aisément compte de la composition et du fonctionnement du téradontographe. Les dents montées sur des articulations à rotule peuvent prendre toutes les inclinaisons possibles ; de plus, grâce au mouvement de glissière de la tige qui les supporte, on peut donner aux mêmes dents les positions d'infra et supra

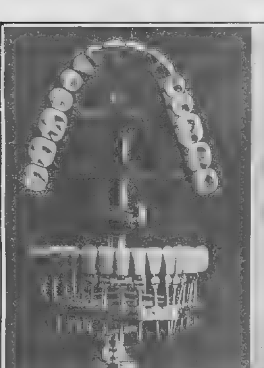


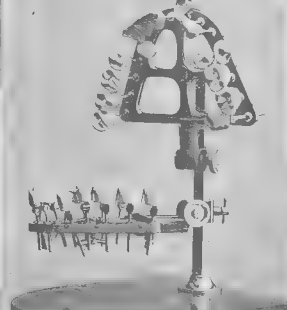
1. Arcade supérieure en V. Appareil d'Angle placé.

2. Reproduction d'une anomalie d'occlusion appartenant à la 1re classe de la classification d'Angle.

3. Maxillaire inférieur abaissé. Les dents antérieures des deux arcades présentent des déviations complexes.

4 5 6







4. Surface occlusale supérieure normale. Surface externe inférieure normale.
5. Maxillaire supérieur élevé en regardant à gauche. Maxillaire inférieur à droite. Quelques dents ont des mouvements capricieux.
6. Partie supérieure montrant des déviations complexes des dents.

version avec lesquelles on réalise les sept déviations individuelles des dents.

Les deux ensembles de pièces qui correspondent aux maxillaires inférieur et supérieur sont emboîtés dans deux appareils élévateurs, lesquels peuvent être montés ou descendus au moyen d'une crémaillère faisant partie du pied qui sert de support à tout l'appareil.

Les deux appareils à la fois peuvent prendre une position de bascule, d'avancement et de recul au moyen d'une coulisse démontable.

L'ensemble est porté par un socle supportant la colonne et la crémaillère.

HÉMATOME ET ECCHYMOSE BUCCO-FACIALE D'ORIGINE DENTAIRE

PAR P. VANEL,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

L'épanchement du sang dans les tissus ou dans les cavités de l'organisme donne naissance à deux symptômes : l'hématome et l'ecchymose. Le plus souvent cet épanchement sanguin est dû à un traumatisme, même à une simple contusion ; cependant dans certains cas il peut être spontané et dû à une modification des éléments anatomiques. On sait, en effet, combien les ecchymoses sont faciles chez certains individus, hémophiles, scorbutiques, leucocythémiques, etc... ou à la suite du moindre effort.

Ayant eu l'avantage d'observer deux cas d'hématome et ecchymose de la face à la suite de manœuvres dentaires, je choisis cette occasion pour réunir en un exposé général les hématomes et ecchymoses de la face.

En un endroit quelconque de la face on peut observer un hématome, une ecchymose, symptôme banal lié à une contusion. Ces contusions de la face sont assez fréquentes, elles ont pour siège de prédilection les régions saillantes : front, orbite, région malaire, nez, menton, et elles s'accompagnent presque toujours d'épanchement sanguin, ceci pour deux raisons : laxité des téguments d'une part, voisinage immédiat d'un plan résistant, osseux d'autre part. Donc dans les contusions de la face il se produit rapidement une tuméfaction de la région ; des vaisseaux étant rompus un épanchement sanguin se produit, soit sous-cutané, soit sous-aponévrotique, soit sous-périostal. Lorsque l'épanchement se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'ecchymose apparaît rapidement ; au contraire les téguments ne se colorent qu'au bout de quelques jours lorsque l'épanchement est profond et sous-aponévrotique, enfin dans ce dernier cas l'ecchymose n'apparaît pas toujours au niveau du siège de la lésion.

La teinte ecchymotique est primitivement noire, violet foncé, ardoisée, en dégradant vers la périphérie ; les jours suivants elle devient blanche, jaune verdâtre, puis jaune, pour disparaître petit à petit. Au niveau de la conjonctive, où le sang épanché n'est séparé de l'air que par de minces couches de cellules épithéliales, la coloration reste presque toujours rouge vif. Ces variations de couleur sont dues à des oxydations successives des matières colorantes du sang.

Voyons maintenant les hématomes et ecchymoses qui présentent soit des caractères spéciaux, soit des rapports étroits avec certaines affections locales ou générales ; c'est un exposé par région :

H. et E. siégeant au niveau du maxillaire inférieur : par contusion simple, par contusion avec luxation de la mâchoire, par fracture du maxillaire inférieur.

H. et E. situés dans la région du maxillaire supérieur et de l'os malaire : par contusion ou fracture du maxillaire supérieur ou du malaire, par lésions traumatiques ou pathologiques du sinus maxillaire ; dans ces cas on peut trouver deux variétés d'ecchymoses :

Ecchymose externe des téguments et sous-conjonctivale ;

Ecchymose interne, buccale, palatine.

H. et E. par fracture des os du nez.

H. et E. de l'orbite : ils peuvent être spontanés ou traumatiques, sous-cutanés, sous-périostiques, ou siéger même dans la Capsule Tenon. Ils ont pour symptômes l'exophtalmie et l'ecchymose sous-conjonctivale plus ou moins accentuée.

H. et E. des paupières : ils sont fréquents par suite de la laxité du tissu cellulaire sous-cutané et sous-musculaire, ils sont spontanés ou traumatiques et l'on en distingue deux variétés :

1° Les ecchymoses sous-cutanées qui apparaissent immé-

diatement après la contusion ; elles s'accompagnent souvent d'œdème, qui prend parfois des proportions considérables.

2° Les ecchymoses sous-conjonctivales qui sont tardives et qui sont un signe diagnostique important des fractures de l'étage antérieur de la base du crâne.

H. et E. de la région frontale : spontanés ou par traumatisme, se présentent souvent avec l'aspect d'un hématome médian avec ecchymoses bilatérales des paupières.

H. et E. des oreilles : ce sont quelquefois des épanchements sanguins assez volumineux, dus en général à des traumatismes. Je signale également, sans insister, l'hématome du pavillon que l'on observe chez les lutteurs et certains aliénés.

E. cutanées et spontanées de la face : s'observent dans les affections du système nerveux (méningites, paralysie générale progressive, hémorragie cérébrale, tabes, myélites, hystérie).

E. des lèvres : siègent le plus souvent sur la face interne, muqueuse, la plus fragile ; elle est en effet constituée par des tissus lâches qui sont facilement comprimés sur les arcades alvéo-dentaires.

E. de la muqueuse buccale : dans cette catégorie les ecchymoses gingivales sont les plus rares. Au point de vue étiologique, elles sont traumatiques ou spontanées ; on les rencontre aussi au cours de certaines affections générales ou locales (stomatites, en particulier dans les stomatites des fièvres éruptives, dans le purpura, scorbut, etc., etc...). Je signalerai également les épanchements sanguins et ecchymoses de la luette et du pharynx qui peuvent se produire par un traumatisme du bol alimentaire, mais qui sont en général liés à une fracture de la base du crâne. Enfin je rappellerai les ecchymoses palatines que l'on rencontre dans les fractures du maxillaire supérieur.

Les ecchymoses buccales et bucco-faciales ayant directement ou indirectement pour cause le système dentaire, sont, il me semble, surtout traumatiques ; néanmoins l'état constitutionnel ou l'altération des éléments anatomiques doit dans certains cas jouer un rôle important, qui certes n'est pas à dédaigner, mais qui est par contre très difficile à différencier. Aussi cette question des ecchymoses d'origine dentaire est-elle intéressante tant par sa rareté qu'au point de vue pathogénie ; je suis donc heureux de venir en rapporter ici deux cas typiques et différents : l'un a été observé à l'Ecole dentaire de Paris en 1902 et je le dois à mon maître et ami M. Blatter ; le deuxième m'est personnel et a été observé dans ma clientèle au mois de février 1908.

Observation I.

Mme T..., 43 ans, couturière, se présente à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris le 6 mai 1902, pour douleurs névralgiques rebelles, siégeant sur le côté droit de la face.

État général. — Pas d'antécédents spéciaux héréditaires ou personnels. Jusqu'en 1900, c'est-à-dire jusqu'à 40 ans, cette malade s'est toujours bien portée ; depuis un an environ la malade est en traitement pour un diabète léger, et elle a eu il y a 8 mois une douleur sciatique qu'elle ressent encore de temps en temps. Pas d'hémophilie et nous ne sommes pas à une époque menstruelle.

État local-buccal. — Pas d'anomalie dentaire, pas d'anomalie d'articulation, pas de gingivite.

Première prémolaire supérieure droite et gauche ont été extraites.

Les deux incisives latérales supérieures présentent un peu d'érosion.

Incisive latérale supérieure droite, carie du 2° — Canine supérieure droite, carie de 3°.

1re et 2e grosses molaires supérieures droites présentent chacune une obturation à l'amalgame datant de 4 ans.

Les caries du 2° et 3° sont traitées. — La douleur névralgique persiste toujours ; la 2e grosse molaire supérieure droite présentant des symptômes d'infection, on enlève l'amalgame et l'on trouve dessous un 4° infecté. Avec une sonde longue et fine, entourée d'un peu de coton imbibé d'acide phénique on explore les canaux, manœuvre facile, mais la malade accuse de la douleur ; la sonde retirée, est couverte d'un liquide couleur rouge noirâtre, lie de vin. Quelques instants après on constate qu'il se forme à vue d'œil une tuméfac-

tion de la joue droite dans la région malaire et de la vallée naso-génienne, tuméfaction dure et douloureuse. Devant ce fait on s'abstint de toute nouvelle manœuvre et l'on remit la malade au lendemain. Vingt-quatre heures après, la douleur a disparu, la tuméfaction s'est un peu ramollie, mais elle a une couleur ecchymotique; ecchymose qui descend jusqu'au bord du maxillaire inférieur. Au niveau de la 2e grosse molaire supérieure droite la muqueuse buccale ne présente rien de particulier dans la région palatine ; au contraire, sur la face jugale, la gencive et la muqueuse du sillon sont rouge violacé et légèrement œdématiées. L'extraction de la 2e grosse molaire supérieure droite est décidée, faite sans difficulté et la dent ne présente aucune particularité. On conseille des compresses chaudes et des lavages de bouche à l'eau bouillie.

Le lendemain, la malade se présente de nouveau et déclare souffrir beaucoup ; la tuméfaction a augmenté de volume, elle occupe maintenant toute la partie droite de la face ; tuméfaction molle, rouge, à couleur ecchymotique, il y a même l'ecchymose palpébrale ; enfin la palpation est douloureuse. Le traitement suivant est conseillé : repos absolu, compresses humides, lavages de bouche ; les jours suivants petit à petit les choses rentrèrent dans l'ordre et la malade était guérie une dizaine de jours après l'apparition des accidents.

Au point de vue pathogénie, on doit, il me semble, considérer dans ce cas deux périodes, deux phases bien distinctes : premièrement, à la suite d'un traumatisme qui en l'espèce semble et ne peut guère être que la lésion d'un vaisseau par la sonde maniée par une main inexperte et brutale, apparition subite d'un hématome et d'une ecchymose considérable ; puis, deuxième phase, extraction d'une dent infectée, suivie d'une fluxion qui favorise la diffusion du sang épanché et étale en quelque sorte l'ecchymose. C'est qu'en effet un hématome aussi considérable, se faisant en deux temps, semble bien difficile à admettre sans une lésion plus profonde et plus visible que celle qui a dû se produire et, d'autre part, un épanchement sanguin de ce volume n'aurait pas disparu en aussi peu de temps, quelques jours seulement. Le fait n'en existe pas moins qu'à la suite d'une manœuvre d'origine dentaire, un épanchement sanguin s'est produit et assez considérable pour former une tuméfaction notable et une large ecchymose faciale. accident assez rare, je crois, et qui m'a semblé intéressant à rapporter. Maintenant, il ne faut pas oublier que la malade est une diabétique, que par conséquent par cela même, comme aussi pour toute autre cause qui peut nous échapper, elle est en droit de présenter un état spécial de ses tissus, du système sanguin en particulier, état favorable à la production d'une hémorragie.

Observation II.

Mme I..., 40 ans, cultivatrice, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être rapportés, vient me trouver au mois de février 1908, se plaignant de phénomènes douloureux ayant pour siège le côté droit de la face. Cette douleur, passagère, sourde, supportable jusqu'à ce jour, avait pris depuis deux ou trois jours une acuité telle que la malade s'était décidée à venir me consulter. Nous ne sommes pas à une époque menstruelle.

Etat local-buccal. — Tartre très abondant; tartre jaunâtre, graveleux, s'écrasant facilement et semblant constitué de particules dures, agglomérées par une substance crémeuse, à odeur fétide; ce tartre a déterminé une gingivite très accusée, en particulier au niveau des grosses molaires. Congestion intense des gencives qui saignent au moindre attouchement.

Quelques seconds degrés çà et là.

Première grosse molaire supérieure droite, 4°, douloureux à la percussion, pas de tuméfaction, pas de fistules.

Douleur aiguë, avec paroxysmes à certaines heures de la journée ou de la nuit, à forme névralgique, siégeant sur tout le côté droit de la face, et augmentée par la pression au niveau des émergences cutanées de la troisième paire.

Le traitement suivant est institué: nettoyage minutieux de la bouche, bains de bouche à l'eau oxygénée, puis à la solution alcoolique chloralée, cachets analgésiques.

Après quelques jours de traitement: état local bien amélioré, douleur atténuée mais persistante. La malade ne pouvant, faute de temps, se faire soigner la première grosse molaire supérieure droite atteinte de carie pénétrante infectée, l'extraction est décidée.

Anesthésie locale par piqûre de cocaïne à 1/00 2cc. ; extraction de la dent à l'aide du davier dit bec de faucon ; opération facile, légère hémorragie.

Deux jours après, la malade revient nous consulter se plaignant de souffrir beaucoup depuis l'extraction. Je constatai alors au niveau de la partie moyenne du maxillaire inférieur, côté droit, une tuméfaction mollasse sans induration, sans ganglions concomitants, très douloureuse à la palpation et présentant tous les signes d'un épanchement sanguin : enfin teinte ecchymotique légère des téguments.

Dans la bouche : infection au niveau de l'extraction, exsudats, haleine fétide, pas d'hémorragie secondaire.

Traitement : lavages de bouche fréquents, chauds antiseptiques. Après quelques jours, la guérison était complète.

Quelle pouvait être la cause de ces phénomènes?

Un traumatisme des parties molles, par la main de l'opérateur ou

le davier ? Je ne le pense pas, ayant pratiqué cette extraction facilement, sans mouvements extraordinaires, sans violence aucune.

L'épanchement sanguin peut également être dû à une fracture du bord alvéolaire externe ; fracture profonde et prolongée sur la face externe de l'os.

On peut songer aussi à une lésion de l'artère dentaire, à un état pathologique de ce vaisseau qui, traumatisé par les manœuvres de l'extraction, saigne, et par suite de circonstances favorables, fistules par exemple, le sang se répand dans le tissu cellulaire lâche ambiant. La chose ne paraît pas probable, car une hémorragie externe, buccale, sérieuse, aurait, dans ces conditions, certainement accompagné l'extraction, ou tout au moins une certaine quantité de sang se serait écoulée dans la bouche, formant en quelque sorte une hémorragie secondaire, tardive, qui aurait attiré l'attention; or, rien de tout cela ne s'est produit.

Enfin, on peut incriminer l'injection de cocaïne pratiquée dans ce cas et penser que l'hémorragie lui est due. Comment, par quel mécanisme ? On doit alors considérer, il me semble, les deux moyens suivants :

1° L'hémorragie est consécutive à la lésion d'un vaisseau important, lésion faite par l'aiguille même surtout dans les cas d'injection profonde ; ce qui dans le cas particulier avait été fait ;

2° Ou bien décollement des tissus par le liquide de l'injection poussé avec un peu trop de vigueur, déterminant ainsi une hémorragie en nappe.

Voilà bien des hypothèses; à laquelle nous arrêter ? Le fait qu'il y a eu douleur post-opératoire, douleur spontanée et à la pression ferait admettre comme cause, à l'exclusion de tout autre, la fracture ou peut-être plus exactement la félure de l'os maxillaire, et cependant, en raison de la guérison rapide, une huitaine de jours, nous serions très disposé à incriminer l'injection.

Il est néanmoins difficile de se prononcer, ces cas d'hématomes et d'ecchymoses faciales ou bucco-faciales sont peu connus, peu ou pas étudiés et ce n'est pas avec deux cas isolés qu'il est possible de constituer un travail complet sur cette question. Je tiens, pour terminer, à résumer ainsi ma pensée : c'est une affection assez rare de pathogénie complexe, et dans laquelle doivent entrer pour une très large part l'état constitutionnel du sujet et l'état local ; altérations anatomiques, locales elles-mêmes ou liées à un état pathologique général.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

CICATRISATION DES FISTULES D'ORIGINE DENTAIRE

Par Gaston Rousseaux, D. E. D. P.

Nous rappellerons d'abord que les procédés de traitement des fistules du cou d'origine dentaire employés à l'heure actuelle sont au nombre de dix : le traitement de la dent cause de la fistule, l'extraction, la trépanation de la dent, la trépanation du maxillaire dans la région correspondant à l'apex des racines malades avec résection de l'apex, la réimplantation de la dent après résection de l'apex, l'élimination par voie externe des points nécrosés, sans avulsion de la dent.

Cependant ces modes de traitement ne s'appliquent qu'à l'affection proprement dite ; un point et non des moindres n'a pas été envisagé : nous voulons parler de cicatrisation de la fistule après la disparition des accidents.

Autant que possible, il faut éviter qu'il reste une apparence externe de la fistule après sa guérison ; or, les fistules du cou d'origine dentaire laissent presque toujours (nous pourrions dire toujours, car les exceptions sont rares) des cicatrices vicieuses.

Cet inconvénient est dû à ce que le travail de réparation dans la profondeur des tissus s'opère le plus souvent irrégulièrement. Pour que la cicatrice soit homogène, souple, sans brides qui tiraillent, il faut : 1° que les bourgeons poussent également partout et à la fois ; 2° que leur soudure entre eux (soudure qui constituera le tissu fibreux définitif) s'opère par couches progressivement croissantes du fond à la surface.

Quand le trajet échappe à toute intervention régulatrice directe, par son étroitesse et ses sinuosités, on a recours à une mèche en gaze qui, enfoncée un peu à l'aveuglette, presse tantôt sur un point, tantôt sur un autre, ne pénètre pas dans toutes les anfractuosités, de telle sorte que le bourgeonnement est fatalement quelconque.

Pour remédier à cet inconvénient, on injectera dans le trajet une substance fluide durcissant par le refroidissement et constituant par moulage de la fistule une mèche idéale dont la pression, partout égale sur le trajet fistuleux, obligera le bourgeonnement à se faire régulièrement.

Cela ne peut être réalisé qu'avec une substance fluide à une température relativement basse, comme la paraffine, et ayant de plus

la propriété d'être rétractile et de pouvoir s'enlever facilement du trajet fistuleux. Ces propriétés sont acquises avec un produit utilisé depuis peu : l'ambrine, encore appelée kéri-résines (mélange de cire et de résine), qui fond à 60° et que l'on peut injecter à la température de 70°.

Nous n'avons pas connaissance que ce produit ait été employé pour la cicatrisation de fistules du cou d'origine dentaire, mais, dans le cas d'abcès ganglionnaire avec fistules au creux axillaire, on aurait observé des résultats favorables[1].

Ou bien si la fistule est déjà en voie de cicatrisation vicieuse, ou ne permet plus l'injection de substances solidifiables, on fera tout autour de l'orifice fistuleux, et le plus possible dans le tissu périfistuleux, des injections modificatrices à l'aide de produits comme : la thiosinnamine ou la thiosinnaminéthyliodide.

La thiosinnamine s'emploiera sous forme d'injections hypodermiques péri et transfistuleuses d'après une formule comme celle-ci :

Thiosinnamine........	10
Glycérine	20
Eau distillée.........	70

un centimètre cube tous les deux ou trois jours.

1. Lire au sujet des kéri-résines les travaux du Dr Barthe de Sandfort (Paris, Société Anonyme de Physicothérapie, 1907).

REVUE ANALYTIQUE

La fièvre aphteuse chez l'homme. — Augmentation de la pression sanguine intradentaire. — Signification pathologique du déchaussement des dents. — Intoxication acide consécutive à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. — Le trioxyméthylène dans la thérapeutique de la carie du 4e degré.

La fièvre aphteuse chez l'homme.

L'auteur fait une communication sur deux cas de fièvre aphteuse chez deux fillettes de 6 et 7 ans, enfants de bonne santé et ayant de très belles dents. Toutes deux souffraient en même temps en mangeant et en avalant, et se plaignaient de cuisson et de chaleur dans la bouche. La muqueuse de la bouche, du pharynx et les amygdales étaient d'un rouge diffus, la gencive enflammée, la sécrétion salivaire abondante, la langue très chargée ; sur les bords quelques vésicules jaunes. La région sublinguale et parotidienne étaient très sensibles à la pression. Les enfants se sentaient très fatiguées, avaient de la courbature, et pouvaient à peine prendre un peu de nourriture liquide. Quatre jours après se déclarait une fièvre violente qui dura quinze jours, avec des petites rémissions matinales, et montait le soir à 39° 8.

De nombreuses vésicules gris-jaunâtres, très petites, couvraient la langue, la gencive, les lèvres, les muqueuses jugales. En se rompant, les vésicules laissaient des ulcérations à fond gris-jaunâtre. Entre les aphtes, la muqueuse était très rouge et gonflée. La face dorsale de la langue était couverte d'un enduit très épais, le bord gingival et les commissures des lèvres gangrénés, les dents, couvertes d'un enduit sanieux, plongeaient dans une gencive gonflée et ulcérée. La voûte palatine et le voile du palais présentaient très peu d'ulcération. L'haleine était extrêmement fétidité. Les parotides, les glandes sublinguales étaient très gonflées. A la fin de la seconde semaine de la maladie, les enfants présentaient tous les signes d'une affection grave. La plus jeune des enfants présentait au niveau de la phalange de l'index, une vésicule de la dimension d'un pois.

L'auteur prescrivit comme traitement des pulvérisations d'iodure de zinc, dans la bouche, plusieurs fois par jour, et trois fois par jour un peu d'acide chlorhydrique à l'intérieur. Au bout de six semaines, les enfants furent considérées comme guéries. Les ulcérations disparurent sans laisser de cicatrices.

(I. LARTSEHNEIDER, *Vierteljahresschrift fur Zahnheilkunde*, janvier 1908.) SOMMER.

Augmentation de la pression sanguine intradentaire.

L'auteur s'explique beaucoup de cas d'affections dentaires dans lesquels on n'observe rien objectivement, par l'augmentation de la pres-

sion sanguine intradentaire. Etant donné le calibre minime du canal, la pression aura une influence importante sur l'organe qu'il contient.

Dans les dents obturées, la pulpe est entourée par des parois plus rigides, elle perd son élasticité et subit plus facilement l'influence de la pression sanguine. L'augmentation de la pression intradentaire se fait :

a) Par des excitations psychiques ou physiques : fatigue intellectuelle, fatigue physique (exemple : fréquence des douleurs dentaires chez les soldats à l'époque des manœuvres, ascensions dans les montagnes) ; *par des maladies nerveuses :* neurasthénie, hystérie.

b) Par des maladies qui produisent des troubles circulatoires : affections cardiaques, pulmonaires, rénales.

c) Des maladies produites à la fois par des troubles psychiques et troubles circulatoires : aménorrhée, dysménorrhée, menstruation, grossesse.

d) Substances médicamentenses : adrénaline.

e) Influences traumatiques.

Les dents des sujets anémiques subissent plus facilement l'influence de la pression sanguine spontanée que des dents à nutrition normale.

(TANZER, *Deut. Monats. f. Zahnheil.*, juin 1908.)

SOMMER.

Signification pathologique du déchaussement des dents.

A la Société de Biologie, M. Paul Ferrier a fait la communication suivante sur ce sujet :

Le bord alvéolaire peut se détruire et les dents s'ébranler pendant l'évolution de maladies ou en dehors de tout processus morbide général, chez les individus bien calcifiés, dont la bouche est négligée ou mal dirigée. Des soins de propreté bien compris viennent à bout de cette affection d'allure locale. Ce n'est pas d'elle qu'il est question dans ce travail.

On voit survenir en effet, à l'âge mûr et chez des individus calcifiés le plus souvent, une forme de déchaussement assez distincte pour qu'on ait voulu en faire une entité sous le nom de maladie de Fauchard. Ce déchaussement apparaît ainsi, même chez des gens dont les soins très sévères ont prévenu tout dépôt de tartre. Il y a prolifération microbienne dans les sillons gingivo-dentaires (Galippe), destruction du périoste accolé à la gencive, nécrose alvéolaire consécutive et élimination insensible (le plus souvent).

Le caractère progressif du mal est très net. Son étendue, la rapidité de son évolution, varient suivant les sujets. Il s'arrête pourtant lorsque les dents disparaissent, c'est-à-dire lorsque, les culs-de-sac au fond desquels se faisaient les cultures étant détruits, la gencive arrive à recouvrir le tout de son épithélium protecteur. Si, au contraire, on abrase seulement la paroi gingivale autour de la dent en place, il y a récidive au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans ces conditions, le déchaussement est l'expression d'une défaillance des tissus. Magitot en avait fait avec une exagération manifeste, l'accompagnement obligé du diabète. C'est une véritable hypobiose

dans laquelle intervient certainement une diminution de l'irrigation, comme débit et comme pression, et dont la conséquence est de rendre les cultures gingivo-dentaires prépondérantes sur nos propres défenseurs, tant que subsiste le sinus au fond duquel elles prolifèrent. Par comparaison avec la vitalité des sinus bien irrigués et la nécrobiose aseptique de certains qui ne le sont plus il est logique d'attribuer ces troubles de nutrition au rétrécissement du calibre d'une artériole ou d'une artère, c'est-à-dire à une sclérose ou à de l'athérome localisé. M. Brault a montré que ces faits sont loin d'être rares, et la diminution de résistance d'organes mal irrigués est un phénomène actuellement connu. Il peut n'exister en même temps aucun autre signe d'athérome, de même qu'on peut en rencontrer un certain nombre.

Si cette pathogénie a quelque valeur :

1° La médication décalcifiante doit avoir une action marquée, mais surtout préventive sur l'évolution du déchaussement. C'est ce qui arrive en effet ;

2° Le médecin possède, dans la constatation de ce processus, un signe précoce d'athérome et une très utile indication de l'usage de cette médication en même temps qu'une explication de perturbations concomitantes possibles.

(*Bulletin Médical*, 27 juillet 1907.)

Intoxication acide consécutive à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle.

On connaît l'intoxication acide déterminée parfois pour les inhalations de chloroforme. Or, M. Cunningham a eu l'occasion d'observer, à la suite de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, un accident analogue, d'où l'on peut déduire des notions nouvelles sur le mécanisme de la thérapeutipue de l'acidose, provoquée par les anesthésiques.

Une petite fille de six ans, en bonne santé générale, est opérée de végétations adénoïdes. L'anesthésie obtenue par le chlorure d'éthyle est maintenue pendant environ une minute. Le réveil se fait dans d'excellentes conditions, mais le soir, l'enfant vomit à deux reprises. Le jour suivant elle se plaint de maux de tête, a des nausées et rend tous les aliments aussitôt après leur ingestion. Le lendemain l'état de la petite malade est le même, mais le surlendemain, il s'aggrave. Il y a une torpeur marquée, le pouls est fréquent et irrégulier et, par intervalles, la petite patiente pousse des gémissements. L'examen des urines décèle des quantités très appréciables d'acide diacétique.

Pour lutter contre l'intoxication acide révélée par la présence d'acide diacétique dans les urines, on administre du bicarbonate de soude par voie rectale et par voie buccale. Le soir même où cette médication est instituée on constate une légère amélioration. Le traitement est continué les jours suivants : dès le surlendemain, tous les accidents semblent conjurés et le rétablissement est bientôt définitif.

Le chlorure d'éthyle est donc à même de provoquer, comme le chloroforme, une intoxication acide, qu'on pouvait prévoir de par l'analogie chimique des deux anesthésiques. Mais ce qui rend le cas d'acidose

observé par M. Cunningham particulièrement instructif, c'est qu'il met en évidence que des accidents graves peuvent être déterminés par une narcose extrêmement courte et l'inhalation d'une dose vraiment minime d'anesthésique. Il s'ensuit que la quantité d'anesthésique inhalé n'est pas le seul facteur à considérer pour expliquer la gravité des accidents. Au point de vue thérapeutique l'efficacité de la médication alcaline dans les cas d'acidose n'est plus à démontrer ; elle est cependant à rappeler dans le cas présent qui montre que même traitement peut aussi avoir une influence favorable sur les acidoses consécutives à l'anesthésie générale.

(*Archives de Stomatologie*, juin 1908.)

Le trioxyméthylène dans la thérapeutique de la carie du 4e degré.

Les auteurs ont adopté systématiquement l'emploi du trioxyméthylène, dans le 4e degré, mais non plus aux doses quasi-infinitésimales indiquées par Robin.

Ils l'emploient en masse, en nature, ou trituré avec de la créosote et quelques brins de coton pour le rendre maniable ; ou bien ils en chargent sans mesure une mèche de coton imbibée de créosote ou d'alcool, qu'ils déposent dans la cavité pulpaire préalablement nettoyée (après avoir constaté toutefois que l'entrée des canaux est libre) ou, dans une racine, dont l'orifice est agrandi (si la couronne n'offre plus les moyens de retenir en place une gutta). Après deux ou trois jours, le pansement est renouvelé, et après le 3e pansement, les dents les plus odoriférantes deviennent inodores et sans réaction ; les fistules se ferment, les kystes s'affaissent peu à peu, à condition que l'apex soit perméable.

Lorsque les dents présentent un écoulement marqué, il est bon de rapprocher les pansements.

Dans les cas plus graves, plus compliqués, il faut tâtonner un peu, savoir attendre, avoir recours à l'expectation armée.

Il est bon de faire remarquer que dans les cas qu'ils ont traités, les auteurs ont laissé les canaux avec leur contenu, afin de donner à leur méthode toute sa valeur. Ils ne déconseillent pas le ramonage des canaux accessibles ; mais le grand avantage qu'ils voient dans leur méthode, c'est que ce ramonage n'étant pas indispensable, il devient inutile de faire de grands délabrements dans les couronnes pour assurer le nettoyage mécanique des canaux.

Tout en nous défendant de rien inférer au sujet de la méthode de MM. Ferrier et Derain, que nous n'avons pas expérimentée, nous ne pouvons pas nous empêcher de penser que pour triompher, il lui faudra faire preuve d'un succès persistant et surtout *régulier*, pour vaincre la répugnance qu'a le dentiste moderne, de par son éducation professionnelle, à abandonner sous une obturation, autrement que par force majeure, des canaux qu'il n'aura pas désinfectés directement.

(FERRIER et DERAIN. — *Revue de Stomatologie*, août 1908.)

H. D.

REVUE DE L'ÉTRANGER

PRINCIPES ET PRATIQUE DE L'OBTURATION DE PORCELAINE

Par J. Q. Byram, d'Indianopolis.

L'or, le platine et l'or platiné servent à fabriquer des matrices et chacun d'eux a des propriétés caractéristiques.

L'or fond à 1240° ; sa malléabilité est de premier ordre ; sa ténacité de troisième ; sa pliabilité, de premier ; sa facilité de recuisson, de premier ordre.

Le platine fond au-dessus de 2167°. Malléabilité, troisième ordre ; ténacité, premier ordre ; pliabilité, troisième ordre ; facilité de recuisson, troisième ordre.

Or platiné (1 à 3 0/0). Point de fusion entre 1248° et 1254°. Malléabilité, deuxième ordre ; ténacité, deuxième ordre ; pliabilité, deuxième ordre ; facilité de recuisson, premier ordre.

L'or et l'or platiné ne peuvent servir avantageusement qu'à basse température, tandis que le platine peut servir avec des porcelaines à haute ou basse fusion. On peut faire des matrices d'or platiné d'une épaisseur minima de $\frac{75}{10000}$ de mm., tandis que l'or pur d'une épaisseur inférieure à $\frac{1}{100}$ de mm. ne se manipule pas avantageusement. On peut les faire avec des feuilles de platine de $\frac{1}{80}$ de mm., mais on obtient d'ordinaire les meilleurs résultats avec des feuilles de $\frac{1}{40}$ de mm. d'épaisseur.

Il est des cas où l'or pur de $\frac{1}{100}$ de mm., peut servir (petites cavités d'accès facile), mais avec cette épaisseur l'or est si pliable que le danger de le tordre fait rejeter son emploi dans les cavités d'où la matrice ne peut s'enlever aisément. Comme la pliabilité des métaux décroît et leur ténacité augmente en raison directe de leur épaisseur, la dimension du métal doit être déterminée par la nature de la cavité.

Le platine me semble préférable pour les grandes cavités. Si l'or et l'or platiné sont plus pliables que le platine et de manipulation plus aisée en apparence, leur tendance à la torsion, soit quand on retire la matrice, soit pendant la fusion de la porcelaine, offre quelque inconvénient. Quelques opérateurs ajoutent un revêtement aux matrices en feuilles minces, pour empêcher la porcelaine d'en changer la forme, mais le temps passé à placer ce revêtement et à refroidir après chaque cuisson est plus long que le supplément de temps nécessité pour la construction d'une matrice de platine. L'or platiné a plus d'élasticité que l'or pur, mais il se déchire plus aisément pendant l'estampage ou le brunissage.

On recuit l'or et l'or platiné à une flamme de gaz ou d'alcool, en ayant grand soin d'éviter une fusion partielle. Passer ces métaux plusieurs fois à la flamme et ne jamais les exposer à une flamme intense pendant longtemps, en raison de la température relativement basse à laquelle ils fondent. Recuire le platine dans le four ou à une flamme oxhydrique, mais non au gaz ou à la flamme de l'alcool, car la chaleur relativement basse de ces flammes rend ce métal légèrement cassant. Le chauffer dans le four à 1355° pendant 2 ou 3 minutes, pour le rendre plus pliable. Il n'y a pas d'avantage à recuire la matrice plusieurs fois pendant sa construction. Rendre la feuille pliable avant de commencer la matrice ; il n'y a pas besoin de recuire, à moins que la feuille ne perde sa pliabilité pendant la construction de la matrice.

Il y a trois procédés de construction des matrices pour les cavités:

1° Le brunissage direct dans la cavité ;

2° L'estampage dans un modèle de la cavité ;

3° — sur une empreinte de la cavité.

La première méthode semble la plus populaire et c'est la meillenre pour les cavités approximales simples et approximo-incisives. La matrice est plus nette qu'avec les autres procédés. Les matrices peuvent être enlevées de cavités approximales simples quand l'espace est suffisant sans danger de torsion, tandis qu'une empreinte de la cavité ne pourrait pas être enlevée sans espace additionnel ou sacrifice du tissu de la dent. Une matrice brunie dans une cavité couvre plus de la surface de la dent qu'une estampée dans un modèle, ce qui aide l'opérateur quand on applique la porcelaine à obtenir une meilleure reproduction du contour de la dent.

Les nombreux instruments spéciaux imaginés pour brunir les matrices sont inutiles ; on répond à tous les besoins avec une pince spéciale à matrice pour inlay, quatre brunissoirs arrondis, un à lame, un pour le bord et deux gingivaux. On augmente l'effet de ces derniers en en meulant le bout, de façon que l'instrument atteigne le tiers de sa longueur primitive.

La technique dépend de la matrice employée et de son épaisseur. Si c'est de l'or mince pour des cavités approximales et approximo-incisives simples, l'entourer d'une peau à l'usage des batteurs d'or ou de soie et le fouler dans la cavité avec des boulettes de coton. La feuille foulée au fond et sur les parois axiales de la cavité, la rabattre sur les bords en l'essuyant contre les bords avec un morceau de coton et en pressant contre les parois. La peau précitée enlevée, introduire à nouveau la matrice dans la cavité et obturer alors avec de la paraffine et à la cire qu'on foule doucement vers les parois avec de larges fouloirs. Si la matrice est pour une cavité approximale, une bande de caoutchouc à digue est placée dessus avec la cire en

position et employée pour estamper la feuille aux bords. Puis on enlève la matrice et on absorbe la cire en plaçant sur celle-ci un rouleau de coton et en la chauffant jusqu'au point de fusion. Le coton absorbe la cire fondue et laisse une matrice nette.

Avec des matrices en or, or platiné ou platine de $\frac{1}{80}$ de mm. ou plus épaisses, la plus grande partie du brunissage doit se faire sur le métal avec des brunissoirs convenables, un morceau de feuille assez large pour être tenu entre le pouce et l'index, est placé sur la cavité et refoulé dans celle-ci avec une boulette de coton, puis avec un brunissoir en balle, on refoule doucement et graduellement le métal dans la cavité ; alors on emploie de petits brunissoirs pour conformer graduellement la feuille au siège. Un morceau de digue épaisse est placé sur la matrice qu'on remplit de coton roulé, et avec la pression directe la feuille est retournée sur les bords de la cavité et les faces adjacentes de la dent, pour empêcher que la matrice ne se replie sur les bords. On retire la matrice et l'on enlève l'excès de métal pour que les bords reposent uniformément sur une surface plate. On la replace et on la maintient fermement contre les parois avec le pouce et l'index et l'on rebrunit avec une série de brunissoirs en balle, en commençant par le plus gros et en continuant par les plus petits, jusqu'à ce que la matrice se conforme aux parois et aux bords. On brunit alors les bords de la cavité avec le brunissoir spécial pour bords, jusqu'à ce que la feuille se soit conformée aux bords de la cavité.

Si celle-ci s'étend jusqu'à la gencive ou au-dessous, on peut faire déborder la feuille et la faire se conformer au bord gingival avec un brunissoir spécial pour bord gingival. Recuire alors la matrice, puis la placer dans la cavité et obturer avec de la cire dure. Si l'on emploie du camphre, mettre dans la matrice un morceau de camphre qui remplira la cavité, et s'en servir pour estamper aux parois et aux bords de la cavité avec des fouloirs à lames. Mettre un morceau de ruban épais sur le camphre et fouler directement vers les bords de la cavité. Cela estampe le métal sous une pression directe et uniforme et oblige la matrice à se conformer aux bords de la cavité en tous les points. Si l'on emploie de la cire, la rendre légèrement plastique, puis la plonger dans l'eau froide pour lui enlever son adhésivité. La manipuler entre le pouce et l'index, préalablement trempés dans l'eau froide. Placer dans la matrice une petite boulette de cire en la refoulant à sa place à l'aide d'un brunissoir à lame. Humecter le ruban avant de le mettre sur la cire pour l'estampage final. La cire adhère mieux que le camphre aux parois de la matrice, facilitant ainsi l'enlèvement de celle-ci. On peut brûler la cire ou le camphre dans la matrice, en laissant un résidu.

Si les bords présentent une ou plusieurs courbures en sens contraire, dans les grandes cavités approximo-incisales, brunir la matrice

autrement que quand le contour du bord est en ligne droite. La feuille irrégulièrement brunie dans la cavité, la conformer aux bords de la marche avec la tige d'un petit brunissoir. Remplir alors la matrice de cire dure et tourner la feuille sur les bords de la cavité dans la dent avec la digue. Diriger la force de façon qu'une pression uniforme s'exerce sur la feuille pour empêcher le débordement sur les bords. Refouler la feuille dans les courbures renversées avec le brunissoir du bord. Façonner la matrice pour que les bords reposent uniformément sur une surface plane. Recuire et ajuster à la cavité pour estampage final. Remplir la matrice jusqu'aux bords avec de la cire dure et estamper avec le ruban. Exercer une pression uniforme sur les bords de la matrice pendant l'estampage.

Il se peut que le fond de la matrice se déchire pendant le brunissage, mais cela ne gêne en rien son action. Quelquefois la matrice se déchire en un point sur le bord labial ou lingual ; si la déchirure est petite, cela est sans conséquence. Les grandes déchirures du fond et les petites sur les bords pour la porcelaine à haute fusion, peuvent être réparées, avant de mettre la porcelaine, en badigeonnant la matrice avec une solution épaisse de sandaraque, qui empêche la porcelaine de passer au travers et se brûle dans la matrice sans léser de résidu. Revêtir ainsi une perforation au bord avant chaque application de porcelaine, pour obtenir un bord uni de porcelaine après enlèvement de la matrice.

En raison de la forme irrégulière de quelques cavités approximo-incisales et de l'inaccessibilité de beaucoup de cavités approximo-occlusales, le procédé d'estamper d'abord la feuille sur un modèle de la cavité, est particulièrement indiqué. On peut construire des inlays s'adaptant mieux aux cavités approximales simples et à la plupart des cavités approximo-incisales, en brunissant la feuille directement dans la cavité, ou en estampant d'abord dans le modèle et en brunissant ensuite la feuille dans la cavité. On peut construire des matrices s'adaptant mieux aux grandes cavités approximo-occlusales, en estampant sur des modèles en raison de la difficulté de brunir les matrices de ces cavités dans la bouche. Mais il est presque impossible de construire des modèles absolument exacts, à moins qu'ils ne soient faits avec la pression et, à peu d'exceptions près, les modèles non construits avec la pression, ne reproduisent pas absolument les cavités qu'ils représentent.

On emploie bien des matières pour prendre l'empreinte des cavités. La laque dentaire et la pâte à empreinte sont les plus répandues, se manipulent plus aisément et demandent moins de temps. Ce dernier doit être rendu plastique en l'humectant et les autres matières doivent être rendues plastiques par la chaleur sèche. On se sert d'un porte-empreinte spécial qui non seulement empêche la matière de se tasser

dans l'espace interproximal, mais lui conserve sa conformation voulue le long des parois axiales de la cavité. Il est en cuivre ou en maillechort et on se conforme à la dent pour chaque opération en peu de temps. Il doit être adapté de manière que la longueur dans le sens occluso-gingival permette à l'extrémité de s'étendre à 1 mm. environ au delà du bord gingival de la cavité. Le manche permet de le manipuler plus aisément et empêche que la vue ne soit obstruée pendant l'adaptation.

On se sert aussi de la matière de Klewe, de gutta et de ciment à l'oxyphosphate.

On rend plastique une petite boulette de la matière et on la met dans le porte-empreinte. Passer la matière à la flamme pour lui donner un aspect vernissé, la presser dans la cavité, qui est humide, en dirigeant la pression sur la ligne de l'axe de la dent, puis l'enlever. La gutta ne donne pas une empreinte aussi nette que le composé à modeler. Il faut plus de chaleur pour le rendre plastique. Son emploi est indiqué cependant dans les cavités gingivales s'étendant au-dessous du bord gingival, où il faut une force modérée pour dégager la gencive de la cavité afin d'obtenir une empreinte exacte de la paroi gingivale.

Le ciment à l'oxyphosphate de zinc doit être mélangé à la consistance du mastic, pétri entre le pouce et l'index et mis dans le porte-empreinte. Fouler la matière dans la cavité où elle reste jusqu'à durcissement complet du ciment. L'empreinte peut se briser ou changer de forme si le ciment est enlevé pendant qu'il est à l'état semi-plastique.

Les modèles de cavités peuvent être faits en amalgame, oxyphosphate de zinc, métal d'inlay et alliages à basse fusion. Chacune de ces matières a des avantages et, si on l'emploie quand c'est indiqué, cela répond aux besoins.

Les modèles en amalgame ont des contours nets et semblent aussi exacts que possible, à moins qu'ils ne soient construits sous pression; c'est là l'unique avantage de l'amalgame. Il leur faut de 4 à 6 heures pour prendre complètement et, si celui-ci n'est pas manipulé à la consistance voulue, on a une surface granulaire sur laquelle la matrice est estampée. Il y a toujours incertitude touchant l'exactitude du modèle en amalgame et l'opérateur reste dans le doute tant qu'il ne l'a pas séparé de l'empreinte.

L'oxyphosphate de zinc peut servir, mais la difficulté d'obtenir des modèles exacts, à moins qu'on n'emploie la pression, donne une incertitude fâcheuse. Toutefois le modèle peut se séparer de l'empreinte en peu de temps, et, s'il est défectueux, on peut en prendre un autre sans délai et l'opérateur n'est pas obligé d'attendre plusieurs heures avant d'estamper la matrice.

Le métal à inlay fond à une température relativement basse et est coulé dans l'empreinte. Il est composé de soufre et de graphite et, s'il est surchauffé, il brûle en répandant une odeur de soufre ; alors sa composition change et ses propriétés se modifient. Il donne un modèle net et passablement exact.

Les alliages à basse fusion, composés d'étain, de plomb, de bismuth et de cadmium sont particulièrement indiqués quand la matrice doit être brunie dans la cavité après avoir été estampée. Ils donnent un contour net et la construction est rapide.

La technique varie avec chaque matière. Pour des modèles en amalgame ou ciment sans pression, l'empreinte doit être mise, avec l'empreinte de la cavité vers le haut, dans le plâtre de Paris, pour renforcer les parois frêles. Cela donne une base qui tend à maintenir l'impression uniformément, tandis que la matière pour le modèle est tassée dedans,un anneau de caoutchouc de 25 mm. de diamètre et de 12 mm. 1/2 de long est rempli de plâtre malaxé à une consistance épaisse, puis l'empreinte est enfoncée dans le plâtre de façon à couvrir tout, excepté l'empreinte de la cavité et les parois de la dent.

Si l'on emploie l'amalgame, le malaxer de manière qu'il ait une plasticité suffisante, après l'expression d'une portion de mercure l'enfoncer dans les dépressions profondes de l'empreinte avec des fouloirs à face plate et enlever l'excès de mercure avec de la ouate. Remplir la masse de l'empreinte en condensant l'amalgame avec des fouloirs à face plate. Cela refoule à la surface l'excès d'amalgame qu'on enlève avec des boulettes de coton.

L'oxyphosphate de zinc doit être malaxé à la consistance du mastic et pétri entre le pouce et l'index jusqu'à ce que toutes les bulles soient chassées. Le ciment doit être façonné en masse conique irrégulière et enfoncé dans l'empreinte avec les pouces et de larges brunissoirs. Si le modèle est construit d'après une empreinte en ciment, l'empreinte est revêtue de savon et le ciment servant au modèle doit avoir une couleur différente du ciment de l'empreinte.

Avec le procédé Roach de confection des modèles avec la pression on simplifie la construction et l'on a une exactitude plus grande, l'empreinte est mise dans la base qui est remplie avec de la moldine. Le ciment est malaxé à la consistance du mastic et tassé dans l'empreinte, puis le cylindre rempli de moldine, est vissé à la base et le piston poussé vers la base en le vissant dans le cylindre. On a ainsi une pression constante et uniforme sur le modèle tandis qu'il prend, ce qui donne une empreinte plus nette qu'en tassant la matière dans l'empreinte sans pression constante.

Avec du métal à inlay ou de l'alliage à basse fusion les empreintes sont huilées et mises dans la moldine, en revêtant tout, sauf l'em-

preinte de la cavité et les parois adjacentes. L'anneau, qui agit comme une matrice pour le métal fondu, est placé sur l'empreinte, son ouverture la plus large vers le bas, et son centre sur le centre de l'empreinte. Avoir soin de ne pas surchauffer l'anneau de métal et, s'il rougit, éteindre la flamme sur-le-champ. Laisser le métal refroidir jusqu'à ce qu'il cristallise autour du bord, puis le couler dans l'empreinte, qui a été huilée par la petite ouverture de l'anneau.

Avec de l'alliage à basse fusion, le chauffer à la flamme jusqu'à ce qu'une portion du métal soit fondue. Aussitôt la masse liquide, la couler dans l'empreinte en employant le procédé du métal à inlay. Dans les deux cas enlever l'empreinte immédiatement de la moldine et la plonger dans l'eau froide. Le métal complètement cristallisé, enlever l'empreinte du modèle en la rendant plastique. Si des petites parties de la matière à empreinte adhèrent au modèle, on peut les enlever en saturant une boulette de coton d'alcool ou de chloroforme et en la passant sur le modèle. L'anneau qui sert de matrice pendant le coulage du modèle façonne la base de telle sorte qu'il n'est plus besoin de mettre en aucune matière pour estamper.

Les meilleurs fouloirs pour estamper les matrices dans les modèles sont en caoutchouc mou et ils doivent être faits de façon à presser la feuille du centre de la cavité vers les bords. On les construit en forçant un morceau de composé à modeler plastique par le cylindre à estamper avec le fouloir de métal. L'extrémité qui se conforme à la face du fouloir ne change pas, tandis que l'extrémité opposée est modelée à la forme voulue. Le composé à modeler est alors mis dans le plâtre de Paris de façon à construire un moule en deux sections. Ce composé enlevé, remplir le moule de caoutchouc et vulcaniser à 173° pendant 1 heure et demie.

Pour construire une matrice en l'estampant dans le modèle de la cavité, mettre le modèle dans l'anneau de l'appareil à estamper dans le composé à modeler de façon que le centre de la cavité soit équidistant de la périphérie. Recuire la feuille, la fouler dans le modèle de la cavité avec des brunissoirs en boule. La feuille ayant été irrégulièrement foulée dans le modèle, l'estamper doucement avec le fouloir de caoutchouc. Enlever la matrice du modèle et façonner ; enduire le modèle de savon au moyen d'un pinceau en poil de chameau et enlever le surplus en soufflant. Mettre la matrice en position et estamper pour finir. La phase la plus délicate est l'enlèvement de la matrice du modèle, car il faut l'opérer en évitant la torsion.

L'estampage des matrices sur les empreintes des cavités a des partisans, qui prétendent qu'ils peuvent construire des inlays s'adaptant plus exactement. Cependant l'expérience prouve que la pellicule de

ciment la plus mince qu'on puisse obtenir est de $\frac{1}{80}$ de mm. d'épaisseur, de sorte que l'inlay mis dans le ciment ne s'adapte pas exactement à la cavité. Si des cavités approximales, approximo-incisales ou approximo-occlusales simples sont préparées avec une forme marginale convenable, il n'y a pas de différence perceptible dans l'adaptation de l'inlay, qu'il soit construit dans une matrice, bruni dans la cavité ou estampé sur une empreinte de celle-ci.

La construction des matrices sur une empreinte est particulièrement indiquée pour les cavités des faces labiales ou buccales ou pour les cavités à quatre parois. Ces cavités ne peuvent pas se préparer de façon que la matrice soit brunie dans la cavité et que l'inlay compense l'espace de la matrice, à moins qu'elle ne soit construite avec des bords de porcelaine fragiles qui manquent de résistance et sont si minces qu'un changement de couleur s'aperçoit le long de ces bords.

La technique est la suivante : prendre l'empreinte au ciment qu'on mélange à consistance épaisse et qu'on forme en masse conique irrégulière, qu'on foule dans la cavité et qu'on laisse sous pression jusqu'à ce qu'il soit dur. S'il s'agit d'une cavité labiale ou buccale, refouler la gencive en arrière et mettre le ciment en place avec les doigts, en le tenant en position jusqu'à ce qu'il ait durci.

Mettre l'empreinte dans l'anneau de l'appareil à estamper. Placer un morceau de feuille de platine de $\frac{1}{40}$ de mm. d'épaisseur sur l'empreinte et l'estamper partiellement avec le fouloir de caoutchouc. Donner à la feuille la forme voulue, la placer sur l'empreinte et la brunir à l'angle formé par les bords de la cavité et la surface de la dent avec des brunissoirs d'acier. Enlever l'empreinte, la badigeonner de savon, réestamper la matrice avec un fouloir à face plate, puis l'enlever sans changer sa forme.

L'estampage de la matrice dans un modèle de la cavité et son brunissage direct dans la cavité sont particulièrement indiqués pour les cavités approximo-occlusales qui s'étendent au-dessous du bord gingival et comprennent une partie de la face occlusale. La matrice peut être estampée en or ou platine de $\frac{1}{20}$ de mm. d'épaisseur. Si l'on emploie une matrice lourde, il y a moins de danger de contraction pendant la fusion. La matrice doit être une partie de l'inlay. Une fois estampée pour se conformer au modèle, fondre la base de l'inlay, placer la matrice dans la cavité et brunir pour se conformer aux bords de la cavité. Façonner la matrice aux bords de la cavité après la fusion finale, mais le finissage des bords ne doit pas être opéré avant qu'elle ait été posée.

(*Items of interest*, décembre 1907.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE DE NEUCHATEL

Par A. Thioly-Regard, D. E. D. P.

L'encapage de la pulpe dans la carie du 3e degré. — La pyorrhée alvéolaire. — L'angiome de la langue. — Le traitement de la périodontite aiguë. — Un appareil pour la cataphorèse. — Les maladies des yeux et les affections dentaires. — L'articulateur de Gysi. — Fronde pour inlays en or coulé. — La technique des inlays en or. — Presse pour inlays en or. — Prothèse nasale.

La Société Odontologique Suisse a tenu sa 23e session annuelle, les 16, 17 et 18 mai à Neufchâtel, sous la présidence de M. A. Senn, de Zurich. Les séances ont eu lieu à l'Aula de l'Académie ; elles ont été suivies par près de cent dentistes.

Le samedi 16 mai, à 5 heures du soir, s'est tenue l'assemblée administrative ; vu l'ordre du jour très chargé, elle s'est prolongée assez tard.

Le président, dans son rapport annuel, souligne l'état prospère de la Société.

M. Steiger, trésorier, annonce que le solde actif se monte à 3.401 fr. 50.

L'administration du journal la *Revue trimestrielle Suisse d'Odontologie* continue à donner pleine satisfaction comme résultat financier ; l'actif dépasse 4.000 francs.

Le récent décès de M. E. A. Hafner, de Zurich, dont l'activité et le dévouement ont contribué pour une large part au succès de cette *Revue*, donne lieu à une manifestation unanime de regrets sympathiques, concernant ce regretté confrère. M. Senn, président, qui, a été, il y a quelques années, rédacteur de la partie allemande, a bien voulu accepter le mandat d'administrateur de ce journal.

Au nombre des questions inscrites à l'ordre du jour, la question stomatologique fait l'objet d'un sérieux examen du point de vue auquel se placent les docteurs en médecine pour chercher à supplanter les odontologistes. Après une discussion très nourrie, la majorité des orateurs se déclarant opposés à la nécessité de posséder le diplôme médical pour exercer une profession dont la partie pratique reste la base fondamentale, il est voté une résolution conforme à ce principe.

Le nombre des adhérents ayant dépassé la trentaine, chiffre nécessaire pour que les médecins-dentistes puissent participer à la Caisse d'assurances des docteurs en médecine contre la maladie,

ceux qui ont donné leurs adhésions en recevront notification officielle.

Il avait été proposé d'introduire des cours professionnels de perfectionnement; pour donner suite à cette idée, M. Senn, président, avait engagé ses collègues de la Société Odontologique de Zurich à prendre part à l'organisation de ces cours, mais aucun concours sérieux ne lui ayant été assuré, il n'est pas possible, pour le moment, de proposer une solution; le comité reste chargé de poursuivre l'étude de ce projet.

A propos du Congrès international dentaire de Berlin en 1909, le Comité national suisse sera composé du Comité de la Société Odontologique Suisse, comprenant : MM. A. Senn, de Zurich ; Guye, de Genève ; L. Monet, de la Chaux-de-Fonds ; E. Grossheintz, de Bâle ; A. Steiger, de Lucerne ; A. Thioly-Regard, de Genève ; A. Vogt, de Soleure, auxquels il est adjoint : M. Louis Guillermin, de Genève, ancien président du Comité national suisse du Congrès international de Paris en 1900 ; Billeter, de Zurich ; Redard, de l'Ecole dentaire de Genève et rédacteur de la *Revue Suisse ;* Stoppany, de l'Ecole dentaire de Zurich, et Russenberger, de Zurich, rédacteur de la *Revue Suisse d'Odontologie.*

Au sujet de la fondation internationale Miller, il est éventuellement adopté le principe d'une contribution de la caisse de la Société, lorsque les promoteurs de cette fondation auront fait connaître les détails de sa constitution et de son organisation.

M. V. de Trey, de Bâle, au nom des médecins-dentistes de cette ville, propose que le prochain Congrès suisse se réunisse à Bâle en mai 1909.

Le même soir à 8 h. 1/2, tous les participants se retrouvent à la soirée récréative et musicale organisée au Chalet de la Promenade, par les médecins-dentistes neuchâtelois. Au nom de ceux-ci, M. L. Monet salue les confrères suisses et leur souhaite une chaleureuse bienvenue.

Le dimanche 17 mai à 9 heures du matin, s'ouvre la première séance démonstrative.

M. E. Redard, de Genève, lit une communication sur l'encapage de la pulpe dans la carie du troisième degré. Il déclare qu'il est resté partisan de la conservation de la pulpe ; toute pulpe ou débris pulpaire doivent être conservés. L'arsenic et le tire-nerf sont inutiles. Une dent dévitalisée est plus dangereuse, parce que les débris sceptiques peuvent être poussés à travers l'apex, etc.

Il recommande de procéder comme suit : à l'aide d'une curette on débarrasse la cavité des débris, puis cette cavité est lavée avec une solution aqueuse de sublimé à 1/2000 ou à 1/4000 avec addition d'un peu de résorcine, à 2 pour 200 ou 2 0/0; la dent sera ensuite pansée à

l'aide d'un coton imbibé d'une solution alcoolique sirupeuse de teinture de benjoin :

Rp. Liqueur des Hollandais.................	} ãã	1,°°.
Résorcine............................		
Teinture de benjoin très épaisse........		4,°°.

Les pansements seront renouvelés tous les jours ou tous les deux jours pendant sept ou dix jours ; le dernier pansement, recouvert de coton sandaraqué, est laissé à demeure pendant une semaine. On prend alors de l'iodogallate de bismuth, ou érol, que l'on applique sans pression à l'aide d'une petite couche de coton, sur le moignon pulpaire, on coule un peu de ciment en pâte liquide; après durcissement on termine l'obturation comme à l'ordinaire.

M. Senn ne croit pas que l'encapage de la pulpe puisse être indiqué dans tous les cas ; vouloir généraliser cette méthode, c'est vouloir s'exposer à bien des insuccès, cependant il a lui-même obtenu quelquefois d'excellents résultats. Avant de mettre la pulpe à nu, il faut déterger la cavité avec une solution antiseptique 5 o/o de lysol ou de thymol, ce dernier en solution alcoolique.

Il n'est pas partisan des solutions de sublimé à cause de la décoloration possible de la dent. Il rappelle que Miller avait posé en principe que l'on ne doit pas tenter le coiffage de la pulpe de toute dent ayant été douloureuse plus d'un quart d'heure. Il ajoute que le coiffage doit être opéré le plus vite possible, préférablement à l'aide de la dentine artificielle de Fletscher, triturée sur une plaque de verre stérilisée avec une spatule stérilisée, et portée directement sur la pulpe désinfectée au moyen d'une solution non caustique.

M. P. Guye, de Genève, n'est pas non plus convaincu de l'efficacité du traitement préconisé par le professeur Redard, il blâme la pratique des pansements au coton, ceux-ci s'infectent facilement ; il préfère utiliser l'oxysulfate de zinc comme obturation occlusive provisoire.

M. J.-H. Blanc, de Genève, insiste sur la difficulté de ruginer ; la nervosité du patient, la sensibilité de la pulpe empêchent une élimination complète de la dentine altérée ; ensuite le pansement au coton paraît compressif, l'emploi d'une cape métallique semblerait tout naturellement s'imposer.

M. Redard présente comme seconde communication une étude complète et analytique de la pyorrhée alvéolaire. Après avoir rappelé l'étiologie de cette affection, ses causes locales (mauvaise hygiène buccale, tartre, brossage défectueux, appareils de prothèse) et ses causes générales (différents poisons, arsenic, brome, iode ; diverses maladies : tuberculose, névrose, artério-sclérose, alcoolisme, diabète, rhumatisme, etc.), il reconnaît que, pour le dentiste, c'est la

cause locale qui est intéressante ; cependant si les maladies susdites existent, il faudra auparavant les traiter avant de s'attaquer à la cause locale. Il insiste sur l'importance de traiter la pyorrhée alvéolaire dès le début des troubles du côté du périoste, avant même qu'elle soit soupçonnée par le patient, qui ne réclame les secours de l'art que lorsque les dents sont déjà fortement ébranlées, avec décollement des interstices dentaires.

Il passe en revue l'avis de beaucoup de spécialistes surtout français et les procédés de traitement proposés par Magitot, Ferrier, Cruet, Robin, Younger, etc.

Il fait circuler les jeux de grattoirs sous-gingivaux d'Ash et de White, en faisant remarquer que si l'opération du grattage des racines demande une grande dextérité et beaucoup de patience de la part du dentiste, il faut que le malade coopère au traitement en pratiquant une sérieuse hygiène buccale.

Enfin M. Redard indique son mode opératoire : après l'ablation du tartre, le nettoyage mécanique de chaque dent ; il a obtenu d'excellents résultats par l'application de la solution d'acide sulfurique au 1/30 c., et neutralisation avec le bicarbonate de soude, enfin il ordonne le brossage avec une poudre antiseptique et des bains de bouche avec une solution de sublimé à 1 pour 4000.

M. C. Zbinden, de Lausanne, a été très intéressé par le précédent exposé. Il donne brièvement le traitement habituel qu'il a reconnu très efficace : détartrage complet et application de l'acide sulfurique à 10 0/0, puis lavage à l'eau oxygénée ; enfin à l'aide d'une solution à 2 0/0 de formaline (1 gramme de formol pour 20 grammes d'alcool), il fait des applications dans les culs-de-sac gingivaux, qui produisent le résultat de sécher les tissus et de tarir la suppuration. Cette solution de formol est du reste excellente dans tous les cas d'abcès dentaires ; son application est facile et indolore.

M. A. Senn est aussi d'avis que c'est surtout au stade du début de la pyorrhée alvéolaire qu'il faudrait agir ; le plus souvent le patient se présente lorsque la maladie est déjà très avancée.

Le point important du traitement est d'enlever le tartre d'une façon très sérieuse ; à cet effet il présente un jeu de cinq instruments (fabriqués par la maison Reymond frères), les n°s 121 à 124 pour exciser tout le tartre visible, le n° 125 sert au polissage au-dessous du bord gingival, ce dernier instrument peut encore servir à l'inspection et à l'exploration des caries dentaires. Pour les périodes plus avancées il rappelle les fins instruments déjà construits d'après ses indications en 1902 par Ash.

Il regarde comme inutile l'emploi des solutions caustiques pour dissoudre les dernières parcelles de tartre, à cause de leurs dangers pour les tissus de la dent.

Il reconnaît qu'il est extrêmement difficile d'exciser tout le tartre et d'établir le pronostic ; lorsque le mal est trop avancé, si une dent est trop malade il vaut mieux la sacrifier et traiter radicalement les autres.

Il ne veut pas s'étendre davantage sur le sujet, la pyorrhée alvéolaire ayant déjà fait l'objet de sa part d'un précédent travail publié dans la *Revue trimestrielle Suisse d'Odontologie*, n° 4, année 1902.

M. P. Guye, après avoir félicité M. Redard pour sa belle communication, ajoute de judicieux conseils concernant le traitement de la pyorrhée alvéolaire ; il démontre l'importance du grattage des parcelles de tartre et donne, comme exemple, Younger, qui, tout habile qu'il est, passe une heure à nettoyer une seule dent ; aussi faut-il posséder des malades qui ne regardent pas à leur temps ; il faut passer en moyenne de dix à vingt heures pour exciser le tartre, et encore aura-t-on complètement détartré ? Tout le monde ne pourra pas faire ce sacrifice pour supporter un pareil traitement ; c'est un moyen curatif, long et dispendieux : il faudrait donc prévenir au lieu de guérir.

On doit nettoyer dent après dent et s'occuper d'une seule dent si le temps manque. Pour les lavages des culs-de-sac, il se sert d'une solution d'acide trichloracétique et d'eau oxygénée. Un point important dont M. Redard a parlé, c'est l'immobilisation des dents au moyen de ligatures en soie, M. Guye prétend que ce n'est pas suffisant, les fils de laiton sont meilleurs et encore rien ne remplace l'immobilisation par des appareils comme ceux à pont, bandeaux de métal et crochet de maintien. Le massage des gencives préconisé par M. Schirmer, de Bâle, est tout indiqué ; de même la dévitalisation de la pulpe est parfois nécessaire.

Le président donne une troisième fois la parole à *M. Redard*, qui a pris pour thème de sa dernière communication l'angiome de la langue et de la bouche. Après avoir parlé de l'étiologie de cette tumeur vasculaire dont le siège se trouve le plus souvent dans les tissus épithéliaux sous-cutanés, mais qui se rencontre quelquefois dans les organes profonds, il rappelle que c'est la classification de Virchow qui a prévalu, soit l'angiome simple qui n'a pas de limites précisés, soit l'angiome caverneux qui montre des trabécules sous forme de tissu fibreux creusé d'alvéoles communiquant les uns avec les autres, ou par des cloisons ayant subi l'infiltration calcaire, ou encore par des poches kystiques pleines d'un liquide séreux. L'angiome est héréditaire, c'est une tumeur vasculaire, indolente, faisant saillie dans la bouche sur la surface des muqueuses, elle n'affecte pas l'état général, les hémorragies sont rares ; le danger consiste en leur dégénérescence cirsoïde.

Sans être exclusif dans le procédé d'extirpation, il vaut mieux en faire l'ablation radicale et complète au bistouri ou par l'ignipuncture. Les autres moyens, compression, ligature, destruction par les topiques, doivent être évités.

M. Redard, très applaudi, termine en présentant un patient affecté d'un angiome étendu de la bouche et de la langue.

Le président fait part d'un don de *M. Schallenmüller,* de Lucerne, consistant en un ancien dentier à ressort avec plaque supérieure en or et dents naturelles fixées à l'aide de tiges d'or ; le bas est en ivoire sculpté. Ce spécimen antique restera en la possession de la Société, mais il sera prêté sur demande. Des remerciements sont adressés au généreux donateur.

Plusieurs sujets de discussion avaient été inscrits au programme, mais seul *M. Senn* a préparé un rapport sur le traitement de la périodontite aiguë. Il a obtenu d'excellents résultats avec le trikrésol-formol (2 : 1). Si le pus n'est pas encore formé, et sans qu'il soit nécessaire de perforer l'apex, d'inciser la gencive ou d'ordonner de l'iode, du capsicum, des refrigérants, des bains de pieds dérivatifs, des antifébrifuges, etc..., ni de procéder à des injections de cocaïne-adrénaline, lorsque l'on a à traiter le premier stade de l'inflammation du périoste, on obtient en quelques minutes diminution de la douleur, et guérison dans les vingt-quatre heures, par une simple application d'un pansement de trikrésol-formol avec occlusion hermétique, après avoir nettoyé le canal radiculaire.

Les préparations au formol paraissent agir profondément sur les tissus périapicaux infectés, par la diffusion des vapeurs de formol ; ses expériences avec ce désinfectant lui permettent d'en chaudement recommander l'emploi.

M. Frochner, de Zurich, certifie également que, depuis deux ans qu'il utilise le trikrésol-formol comme agent de désinfection dans les cas de pulpites gangréneuses non compliquées, il a également pu se convaincre de la valeur de ce médicament ; il est sans égal lorsqu'il est appliqué dès le début de la péricémentite aiguë. Mais il faut faire des réserves quand il s'agit de guérir un abcès borgne, quand on soupçonne une collection dans la région de l'apex ; des complications peuvent alors survenir et l'emploi du formol est contre-indiqué, à moins pourtant qu'il n'y ait fistule gingivale.

M. P. Guye, tout en approuvant l'idée de Buckley, qui a été de modifier l'action caustique de la formaline en la dédoublant avec du trikrésol, certifie qu'un membre de notre Société, M. Blanc, de Genève, a été beaucoup plus logique, lorsqu'il y a quelques années il a attiré l'attention sur la valeur du trioxyméthylène dans le traite-

ment des caries du quatrième degré ; les vapeurs de ce désinfectant se dégagent petit à petit et son action n'est pas irritante. Il est donc logique de revendiquer la priorité en faveur d'un confrère suisse qui a institué un traitement d'une réelle efficacité, lequel a peut-être passé inaperçu, mais dont un des procès-verbaux de la Société Odontologique de Genève peut faire foi.

M. O. Russenberger, de Zurich, présente l'appareil de Wöbber pour la cataphorèse ; il décrit brièvement l'emploi de la cataphorèse en art dentaire et énumère les précautions à prendre, afin d'obtenir pleine satisfaction pour l'insensibilisation de la dentine, le blanchiment des dents, la stérilisation radiculaire, l'extirpation de la pulpe et le soulagement de la douleur en cas de périostite.

Le perfectionnement apporté dans l'appareil de Wöbber consiste à obtenir l'augmentation du courant électrique d'une façon graduelle et douce, en évitant au patient les sauts brusques et désagréables, par le remplacement dans le rhéostat de la tige métallique par une tige de bois enduite de glycérine.

Il fait fonctionner l'appareil en procédant sur un patient à une expérience de cataphorèse ; l'insensibilité dentinaire est reconnue parfaite après dix minutes d'application du courant.

M. Grossheintz fait observer que treize ans auparavant, dans une semblable réunion, il avait fait une démonstration de cataphorèse avec un appareil presque identique, sauf le bâtonnet du rhéostat qui est un perfectionnement incontesté. Il résulte de ses expériences qu'en général la cataphorèse est une méthode recommandable pour déterminer l'insensibilité de la dentine, elle rend de grands services pour le blanchiment des dents avec l'eau oxygénée. Les insuccès proviennent souvent du fait que le courant dévie et passe par la gencive, une obturation métallique, un crochet ou un crampon de métal.

M. G. Borel, médecin-oculiste de Neuchâtel, fait une captivante et très remarquable conférence sur les relations entre les maladies des yeux et les affections dentaires. Après avoir résumé les rapports anatomiques qui existent entre les dents et l'organe de la vision par exemple par les anastomoses du nerf trijumeau, il examine les diverses relations pathologiques qui peuvent donner lieu à des troubles oculaires. La fréquence de ces accidents de voisinage a toujours frappé les oculistes, mais c'est Galezowski qui, le premier, a eu le mérite d'attirer l'attention sur la répercussion sur l'œil des lésions du système dentaire, à tel point qu'il avait attaché un dentiste à son service. Dès que le patient se plaignait de maux d'yeux, il faisait ouvrir la bouche et désignait à l'opérateur les chicots récalcitrants à enlever.

Mais on est tombé dans l'exagération et, c'est sur ce point que le conférencier insiste, dans un très grand nombre de cas, il est faussement attribué aux dents des phénomènes réflexes de troubles oculaires qui ne sont que des symptômes hystériques. Il y a la dent hystérique comme il y a l'œil hystérique. C'est la névrose qui doit être soupçonnée dans une foule de cas, de paralysie des muscles des yeux, de faiblesse de la vue, de cécité, etc... et dans ces cas la lésion dentaire n'est qu'une simple coïncidence.

Il énumère un grand nombre d'exemples où l'hystérie, l'autosuggestion ont joué un grand rôle ; un patient est guéri à la suite de l'extraction d'une racine, à moins que cela ne lui fasse perdre la vue, un autre est guéri d'une amaurose par l'enlèvement d'une obturation, etc. ; mais toutes ces guérisons ou ces accidents survenant aux yeux après des opérations dentaires ne s'observent que chez des sujets névropathiques.

Dans une seconde partie de sa conférence, M. Borel traite des premiers soins que les dentistes doivent prendre, en cas d'accidents, pour leurs yeux.

Après un exposé suggestif sur le danger que courent les yeux des dentistes pendant leurs occupations professionnelles : éclat de dents, jet de sang, de salive de tuberculeux ou de syphilitique, il donne quelques conseils pratiques qui méritent d'être pris en considération.

Au moindre soupçon d'infection, il faudra procéder à un lavage des yeux à *l'eau tiède* et application de sublimé à 1/5000. Ne pas négliger de se faire examiner par un oculiste.

M. Redard, après avoir vivement remercié le conférencier, souligne l'importance des rapports pathologiques des yeux et des dents. Parmi les nombreuses observations faites à la clinique de l'Ecole dentaire de Genève, il en citera une seule, typique : une jeune fille de vingt ans, soignée pendant deux mois par un oculiste pour une ulcération de la cornée (diagnostic posé : kératite hérédo-syphilitique) fut guérie par l'extraction d'une racine de canine atteinte de périostite.

M. Senn a également eu l'occasion de traiter récemment une jeune femme atteinte de conjonctivite ; comme elle souffrait de douleur dentaire, le traitement antiseptique de la canine droite supérieure détermina une guérison assez rapide de l'organe de la vision.

Il annonce que depuis la publication de son travail sur la protection nécessaire des yeux, il a pris connaissance de trois nouveaux cas de lésions oculaires occasionnées à des opérateurs en procédant à des extractions dentaires ; deux des blessés perdirent respectivement un œil ; aussi se fait-il un devoir de recommander encore une fois le port de lunettes protectrices.

La séance du lundi 18 mai commence à 9 heures par la démonstration du professeur *Gysi*, de Zurich, de son génial articulateur. Sans s'attacher à la question théorique, il passe immédiatement à la partie pratique en expérimentant sur lui-même les détails techniques.

Les particularités essentielles de cet articulateur résident dans la possibilité de construire les appareils de prothèse de telle façon que les mouvements de latéralité et de propulsion sont reproduits fidèlement d'après chaque cas particulier. Cette innovation est obtenue par des dispositifs spéciaux de mensuration des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire pour la mâchoire de chaque patient, de manière que le dentier peut être monté comme si l'on possédait réellement la bouche à restaurer avec ses mouvements de propulsion, de latéralité et de pivotement sur l'axe propre au ménisque temporo-maxillaire de l'articulation naturelle. La stabilité d'un appareil construit à l'aide de l'articulateur est parfaite, tous les mouvements de mastication sont permis sans crainte de le faire basculer.

L'inventeur indique encore un certain nombre de tours de main concernant l'engrenage à établir entre les tubercules des molaires supérieures et inférieures. Il reproche aux fabricants de dents artificielles de ne pas imiter les formes naturelles. Il recommande les molaires et les petites molaires de la Dental Manufacturing Company comme les mieux appropriées au point de vue de l'engrenage et des facilités des mouvements masticateurs ; elles ne demandent pas autant de travail au meulage des tubercules que celles des autres marques.

M. Grossheintz déclare qu'il peut d'autant mieux féliciter M. Gysi que, mettant en pratique depuis quelque temps sa méthode, il a été très heureux des résultats obtenus, au point de vue de la stabilité et de la force masticatoire.

M. Frochner a eu l'occasion d'utiliser la méthode Gysi avec le meilleur résultat. Le fait de pouvoir prendre le dessin du mouvement d'articulation temporo-maxillaire de chaque patient pour en faire une reproduction exacte au moyen d'un articulateur est une preuve que la solution du problème de la morsure est heureusement trouvée.

M. A. Bardet, de Genève, après avoir énuméré les divers procédés et appareils pour couler les inlays en or, démontre l'appareil ou fronde dont il se sert, non seulement pour obtenir des inlays, mais encore des plaques d'or.

Cette fronde a déjà été présentée et essayée avec succès dans la séance de mars à la Société Odontologique de Genève. L'appareil est composé d'un réceptacle soudé à un étrier maintenu à l'aide d'un câble de 0,30 centimètres de longueur dont l'extrémité laisse passer la tête d'une vis fixée à un manche ; cette disposition permet d'im-

primer de rapides mouvements de rotation lorsque l'or a été fondu dans le moule à inlays, à l'aide d'une soufflerie à gaz.

M. Bardet possède plusieurs frondes avec réceptacles de différentes dimensions, pour couler depuis les plus petits inlays jusqu'aux plaques d'or.

Il fait circuler différents spécimens d'inlays, de couronnes, des couronnes d'or et porcelaine à haute fusion, des bridges, des appareils de plusieurs dents, ainsi qu'une plaque d'or d'une coulée uniforme de 2 1/2 douzième (5/10 de mm.) d'épaisseur de 50 grammes de fonte.

Pour les bridges, il indique qu'il ne faut jamais couler le métal directement avec les dents, il est préférable lorsque le bridge est modelé de retirer les dents, et, dans les trous laissés vides par les crampons, on insère des tiges de plombagine, de mine de crayon ; quand l'or est coulé on soude au soufre.

Pour mieux faire saisir la simplicité de son procédé, avec sa fronde petit modèle, il coule le plus aisément et avec réussite parfaite, deux inlays d'or.

Il donne la composition de la cire qu'il emploie pour modeler l'inlay :

Cire jaune de White................	1	partie.
Paraffine à *55 degrés*	1	—

Le revêtement est composé de :

Plâtre.............................	2	parties.
Silex en poudre....................	1	—
Amiante pulvérisée.................	1	—

M. Bardet est vivement applaudi.

M. A. Senn se fait l'interprète de l'assemblée en félicitant l'habile démonstrateur qui vient de présenter un procédé destiné à remplacer les appareils plus ou moins compliqués proposés jusqu'à ce jour.

M. Matthey, de Neuchâtel, confirme combien cette méthode pour le coulage de l'or est simple et pratique ; avec la fronde Bardet il a confectionné des inlays de toute beauté et d'un ajustement parfait.

M. P. Guye, de Genève, présente une très intéressante démonstration sur les inlays d'or, la forme des cavités et la prise des empreintes. Il se déclare d'autant plus heureux de constater le succès des inlays d'or qu'il a été l'un des premiers à conseiller, il y a quelques années, l'emploi des incrustations d'or à la place des laborieuses aurifications ; nul doute que la fronde Bardet ne fasse généraliser ce mode d'obturation.

Il disserte sur la préparation des cavités qui est très importante et

ne doit pas être négligée. La forme classique est une cavité en forme de boîte à parois parallèles.

Les inlays doivent tenir d'eux-mêmes, il faut qu'ils soient assez exactement coulés pour qu'ils entrent de force.

Il préfère prendre l'empreinte de la cavité et couler un modèle en spence-métal ; avec la méthode directe si la coulée se fait mal, il faut reprendre le modèle.

Il se sert de la matière à empreinte connue sous le nom de « perfection » maintenue soit avec de petits porte-empreintes pour couronnes, des boîtes façonnées, des anneaux ou des lames ; ces derniers pour les cavités mésio-distales, lorsque la place fait défaut.

Il démontre sur des dents géantes en plâtre diverses formes de cavités : à rainures, à queue-d'aronde, à tiroir, à trou de rétention pour pivot court, etc.

Il termine en parlant de l'emploi des inlays pour ancrage des bridges, ainsi que du coulage de fragments de bridge et de leurs réunions par revêtement et soudure. Une autre application de cette méthode est toute indiquée pour maintenir les dents ébranlées au moyen de pièces à pont avec incrustations courtes insérées et cimentées dans des trous de rétention creusés peu profondément sur la surface linguale des dents de façon à ne pas léser la pulpe.

Chaque pièce partielle d'un appareil à pont est coulée isolément puis ensuite reliée par soudure. Ce dernier procédé est moins long, moins douloureux, mieux supporté par le client que l'encapage et le décorticage des dents.

M. Guye complète sa démonstration en présentant et faisant circuler de nombreux spécimens d'inlays, de pièces et d'appareils à pont.

M. Guillermin, de Genève, remercie M. Guye pour sa lumineuse démonstration ; il dit qu'il faut lui savoir gré d'avoir mis sa haute compétence à la disposition de ses collègues en leur permettant d'apprécier de remarquables travaux, qui non seulement sont parfaits par leurs côtés techniques, mais présentent encore de nombreux avantages au nombre desquels il retiendra celui de pouvoir conserver la vitalité et d'éviter la mutilation des dents qui servent au maintien des bridges, tout en déterminant chez le patient, le minimum de sensibilité.

M. Grossheintz se déclare fort satisfait de la « Dental Lack » comme matière à empreintes, qu'il applique contre la cavité à l'aide de petits porte-empreintes à bague ou à demi-bague pour les molaires ou au moyen de lamelles d'aluminium recourbées à angle droit que l'on presse interdentalement avec une spatule plate pour les cavités disto-mésiales. Avec l'aluminium, lorsqu'on projette de l'eau froide, la laque ne se sépare pas et l'empreinte peut parfaitement être retirée.

M. E. Müller, de Zurich, ne veut pas combattre l'usage du

spence-métal comme substance de moulage des empreintes, mais il croit pouvoir recommander les moules en ciment dont les bords sont plus durs et par conséquent plus francs que ceux de spence. Il est regrettable qu'un ciment spécial pour moulage ne soit pas mis à la disposition des dentistes.

M. Gerster, de Berne, annonce que le ciment technique existe déjà, on peut se le procurer en s'adressant aux dépôts dentaires.

M. V. de Trey, de Bâle, démontre également deux appareils pour couler les inlays en or.

Le premier de ces appareils se présente sous la forme d'une presse-tampon, la vapeur dégagée de l'humidité de la partie supérieure agit comme force compressive de la coulée dans le moufle.

Le second consiste en une lame de fer mince et étroite de 0,35 à 0,40 centimètres de longueur, montée en sa partie médiane sur pivot avec roulement à billes. A l'une des extrémités se trouve rivé un moufle à fondre avec trou d'accès horizontal ; lorsque l'or est fondu, la force centrifuge obtenue à l'aide d'une cordelette enroulée sur la tige du pivot que l'on tire fait pénétrer l'or coulé dans le moule.

M. C.-M. Foucou, d'Yverdon, présente un cas de prothèse nasale : l'appareil a été confectionné pour une femme de 52 ans dont le nez a été rongé par un lupus. M. Iadasohn, de Berne, s'est servi des rayons ultra-violets pour obtenir la guérison.

L'appareil est en caoutchouc rose mince, il pèse 7 1/2 grammes : un peintre a été chargé de lui donner la couleur naturelle. La rétention se fait au moyen de deux ressorts de dentier divergents, terminés chacun par un petit renflement de caoutchouc vulcanisé qui pénètrent dans les cloisons nasales opposées.

M. Stoppany est partisan des nez établis en porcelaine rose, ils ne sont pas plus lourds, et possèdent un aspect plus naturel. Il soumet à l'examen des exemplaires de nez artificiels en porcelaine rose d'une fort belle apparence.

M. prof. Redard a été très intéressé par les appareils présentés ; il a été lui-même appelé à s'occuper de deux cas semblables. Les nez en caoutchouc vulcanisés avaient été confiés à un artiste peintre pour qu'il harmonise la couleur avec le teint naturel.

Il est plus de midi lorsque la séance est levée.

Au banquet d'adieu, servi à l'hôtel Terminus, les convives eurent l'occasion d'applaudir les toasts portés par MM. Guillermin, Borel, Grossheintz, Jeanneret, Billeter et Müller.

VARIA

Dispensaire dentaire.

La branche de Berlin de la Compagnie impériale d'assurances a réservé une somme de 125.000 francs pour créer un Dispensaire dentaire destiné aux ouvriers qui sont ses assurés. Ce Dispensaire sera établi dans une belle maison du quartier de Coelln et fournira des dentiers à ceux qui en auront besoin. La Compagnie a en effet constaté que les gens ayant de bons appareils dentaires sont exposés à moins de risques que les autres et elle compte réaliser ainsi en quelques années de notables économies. (*Dent. Rec.*)

Bistouri-Salon.

Un Comité vient de se former à Paris pour organiser une exposition de peinture, sculpture et gravure. Il s'adresse à tous les docteurs dentistes et pharmaciens qui, en dehors de leurs occupations médicales, abandonnent à l'art quelques-uns de leurs loisirs. Peuvent également participer à cette manifestation de l'art par la Faculté tous les artistes dont les œuvres se rattachent à la médecine.

Les artistes sont priés de vouloir bien donner leur nom et adresse à M. François Ferrand, 6 *bis*, rue de Châteaudun, Paris.

L'art dentaire chez les Etrusques.

Le professeur Galli publie dans la *Revista Italiana di Odontojatria* une magistrale étude sur « la prothèse dentaire chez les Etrusques au quatrième siècle avant l'ère chrétienne ». Un crâne, mis au jour dans la nécropole de Falerii, près de Civita Castellana, lui a permis d'établir que, dès cette époque lointaine, la science et l'habileté des dentistes étrusques ne le cédaient en rien à celles des modernes praticiens. Dans ce qui fut, en effet, la bouche de ce crâne, on remarque quatre capsules d'or, dont deux, recouvrant des dents naturelles, servent à les protéger, tandis que les deux autres, employées comme dents artificielles, tiennent la place et l'office de molaires absentes. C'est probablement le travail dit « en pont », le *Bridge-Work*, dernier mot de l'art dentaire, suprême orgueil de l'école américaine, qui se targuait jusqu'à ce jour de l'avoir inventé. Le professeur Galli a également constaté que les chirurgiens étrusques connaissaient l'usage du mastic, et cela ne saurait surprendre ; la réputation du ciment romain est trop bien établie pour que l'ancienne Italie n'ait pas songé à cimenter les dents. Mais ceci n'est que l'enfance de l'art. La vraie

gloire des Etrusques est d'avoir, bien avant l'Amérique, employé des ponts d'or à la restauration des mâchoires déchaussées. Cela donne une haute idée de leur luxe en même temps que de leur science. Nous connaissions déjà la splendeur des bijoux ciselés par leurs orfèvres ; dans l'écrin de leurs bouches, leurs dents étincelaient comme d'autres joyaux, et ils étaient pareils aux milliardaires yankees dont la parole est d'argent et le sourire d'or. Admirons, avec le professeur Galli, la solidité de ces dents artificielles qui, après vingt-trois siècles, demeurent presque intactes. N'oublions pas toutefois que, depuis vingt-deux siècles au moins, elles n'ont guère servi.

(Journal des Débats.)

Condamnation.

Un assistant de M. Gendreau, dentiste à Montréal, avait fait un nettoyage à une jeune fille sans avoir de licence pour exercer. Il a été pour ce fait condamné par le tribunal de police à 125 francs d'amende et, faute de la payer, à 3 mois de prison. (*Dent. Rec.*)

Curieuse annonce.

L'annonce suivante a paru dans un journal de Worcester : « Une dame de qualité désire trouver savant chrétien habile et honorable, un homme de préférence, qui puisse faire tous ses efforts par des prières et autrement pour lui restituer ses dents de devant, perdues depuis longtemps. Magnifiques honoraires en cas de succès. » (*Dent. Rec.*)

Opération dentaire d'un éléphant.

Un éléphant du jardin zoologique de Berlin ayant mal aux dents, une opération fut décidée. L'animal se coucha au commandement de son gardien et une portion de défense fut sciée. Deux trous y furent pratiqués et la première vis destinée à mettre une coiffe de cuivre fut enlevée sans difficulté, l'éléphant observant une attitude de défiance. Quand la seconde vis fut enfoncée, l'animal se redressa et les opérateurs se hâtèrent de prendre la fuite. On pensa qu'un nerf avait été touché et comme l'animal semblait très agité, l'opération fut ajournée à plus tard. (*Dent. Rec.*)

Mécanicien-dentiste improvisé.

Un mécanicien européen, employé dans un atelier de chemin de fer au Bengale, qui portait un dentier, vit celui-ci endommagé par un

accident et ne pouvait plus s'en servir. Poussé par la nécessité, il imagina de se monter avec de l'aluminium fondu un nouveau dentier complet qui remplaça l'ancien et qu'il colora avec de l'émail blanc.

Morts pendant l'anesthésie.

Chez un dentiste à Mantrattan (Kansas, États-Unis), une malade est morte dans le fauteuil d'opération pendant l'extraction de plusieurs dents à la suite d'une anesthésie au chloroforme pratiquée par son médecin, le 11 février 1907.

Une autre malade, de Ballard (Washington, États-Unis), est morte de même dans le fauteuil d'opération à Gand Rapids (Michigan), le 22 du même mois pendant qu'elle était anesthésiée au chloroforme. Six dents avaient déjà été extraites.

Une femme, de Nottingham, s'était fait extraire des dents chez un dentiste de la ville en recourant à l'anesthésie au chlorure d'éthyle ; quelques-unes de ces dents furent brisées. Quelque temps après elle retourna chez le même praticien pour se faire enlever ces dents brisées et recourut au même anesthésique : elle mourut pendant l'opération. L'autopsie ne révéla pas d'obstruction dans les voies respiratoires, le cœur était normal. La mort est attribuée à l'asphyxie suivie d'un arrêt cardiaque. *(Dent. Rec.)*

Asphyxie déterminée par un dentier.

On signale, à Londres, un cas d'asphyxie par un dentier. Il s'agit d'un vieillard de 64 ans, qui a été trouvé mort dans son appartement, avec un dentier engagé dans le larynx. Le décès est dû à la suffocation par ce dentier. *(Dent. Surg.)*

Explosion d'un vulcanisateur.

On signale l'explosion d'un vulcanisateur survenue chez M. F.-J. Tompson, dentiste à Trenton (Michigan, États-Unis). Ce dernier a été brûlé grièvement à la tête et aux bras. *(Dent. Summ.)*

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Monnet, membre de l'Association des dentistes de France, qui fut, pendant plusieurs années, professeur de thérapeutique à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous apprenons également la mort de notre confrère Belet, de Beauvais, membre de l'Association et diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons aux familles de nos confrères l'expression sincère de nos condoléances.

NOUVELLES

On nous prie d'insérer la communication suivante :

J'ai été volé ces jours-ci par un mécanicien-dentiste et je vous écris pour que vous puissiez mettre nos confrères en garde contre ses agissements.

Il s'appelle Guyot, 21 ans environ, taille 1m 60, figure très fine, imberbe, longs cheveux noirs, dents blanches et régulières. Signes distinctifs cachés, mais qu'il montre facilement : brûlures anciennes et varices aux jambes.

Il porte melon marron ou chapeau de paille blanc à bords rabattus. Sa montre est un grand régulateur, peut-être encore sans verre.

Peu ou pas de bagages.

Adroit, il travaille bien et facilement. Il parle peu et ne se familiarise pas avec le personnel. Il produit une excellente impression tant qu'on n'a pas constaté sa fuite et la disparition de l'or mis à sa disposition.

Je crois rendre un service aux lecteurs de *L'Odontologie* en leur signalant ce mécanicien et je prie en retour celui qui aura trouvé sa trace de le faire savoir.

Charles de Graeve.

28, rue des Fossés, Lille.

28e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE DE RECONSTITUTION DE L'ÉQUILIBRE ARTICULAIRE AU TRAITEMENT DES IRRÉGULARITÉS DENTAIRES ; FORCE INTERMAXILLAIRE ET PLAN INCLINÉ.

Par CH. GODON,

Directeur de l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Clermont-Ferrand de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'Avancement des Sciences et au Congrès de la Fédération dentaire nationale belge de Bruxelles, août 1908.)

Dans la communication présentée l'année dernière au Congrès de Reims de la Section d'odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, j'avais indiqué quelques applications au traitement des irrégularités dentaires de la méthode que j'ai préconisée pour la reconstitution de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires[1].

Cette communication n'a pu être publiée qu'en résumé, le temps m'ayant fait défaut pour la rédiger en entier en temps utile. Je l'ai réunie avec celle-ci.

Parmi divers modèles et appareils de redressement, j'avais présenté, pour la correction d'un cas de rétrusion de l'arcade dentaire inférieure, une application de la force inter-

1. Voir communication sur l'action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire par Ch. Godon. *Odontologie*, 1905-1906.

maxillaire, dite ancrage de Baker, si en faveur actuellement et avec juste raison parmi les orthodontistes des Etats-Unis, et dont je voudrais voir l'usage se répandre parmi nous.

A cette occasion, rappelant les travaux précédents que j'avais présentés aux différents Congrès depuis 1905 sur les conditions d'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires, leur démonstration par le polygone des forces, j'avais exposé, une fois de plus, les relations qui existaient entre les conclusions auxquelles j'étais arrivé et les lois de Bonwill relatives à la physiologie et à la mécanique de l'articulation temporo-maxillaire et à la construction des articulateurs et des appareils de prothèse et les principes d'Angle pour la correction des irrégularités.

En effet, si l'on considère les diverses lois de Bonwill, relatives à la forme géométrique de la mâchoire inférieure, au plan d'occlusion des arcades suivant une courbe dite *courbe compensatrice* et aux rapports des divers plans d'occlusion dans les mouvements de latéralité à droite et à gauche et de propulsion et de rétropulsion, on se rend compte que ces lois ne sont applicables qu'autant que les dents étant en rapports articulaires normaux avec leurs voisines ou leurs antagonistes sont ainsi en équilibre dans les arcades dentaires.

Quant au principe général d'Angle, on sait qu'il est basé sur les rapports des dents et des arcades dentaires à l'état de repos et d'occlusion et qu'il a l'avantage d'appeler l'attention du praticien sur le principal inconvénient de l'irrégularité, le trouble apporté aux fonctions de la dent et de la mâchoire par la rupture de l'équilibre articulaire de la dent et des arcades dentaires. Dans les classifications de Magitot et de Gaillard, on paraît considérer surtout les déplacements de la couronne de la dent; dans celle d'Angle on considère plus particulièrement les rapports des surfaces occlusales avec les antagonistes. Cette conception est très pratique pour créer une méthode de diagnostic et de traitement, car on peut dire que, lorsque l'occlusion est correcte, l'irrégularité n'existe pas; pourtant cette conception n'est

pas complète ; en se plaçant au point de vue plus réel de la méthode de l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires, on est amené à considérer toutes les anomalies de position des quatre articulations de la dent tout entière, c'est-à-dire les articulations mésiales, distales, inter-arcade dentaire et alvéolo-dentaire, soit les rapports de la couronne avec les dents voisines et les antagonistes et ceux de la racine ou des racines avec l'alvéole. Examinant ainsi chaque dent successivement, puis les rapports des arcades dentaires entre elles dans les différents mouvements de la mâchoire en commençant par l'occlusion, on se rend compte également des anomalies de forme que présentent les arcades dentaires dans leur largeur et leur longueur, de la répercussion de ces anomalies au point de vue esthétique, la bouche étant fermée, sur la ligne faciale, puisque celle-ci est sous la dépendance de la forme des arcades dentaires, dans une certaine étendue au moins.

En combinant ces diverses considérations, on doit aboutir à une méthode de diagnostic et de traitement et à une classification dans laquelle celle d'Angle, que, pour en faciliter la compréhension et la vulgarisation, nous résumons ci-dessous dans un tableau schématique, tient la plus grande place ; mais où certains termes empruntés aux classifications précédentes pourraient encore utilement figurer suivant l'anomalie envisagée. Les résultats dus aux travaux des auteurs précédents gardent ainsi leur valeur, comme nous avons voulu le montrer par la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires, qui les synthétise tous.

On sait que les anomalies dentaires justiciables d'un traitement orthodontique sont celles qui concernent la mauvaise position des dents dans les arcades dentaires, et que ces positions irrégulières sont au nombre de sept, désignées diversement suivant la classification adoptée. Il nous paraît intéressant de reproduire à côté de celle d'Angle et en regard certains termes empruntés à celles de Magitot, de Gaillard ou de la nôtre :

1. Occlusion buccale = OB = Antéversion = A. de direction ou de siège = Dent inclinée en dehors de l'arcade.
2. Occlusion linguale = OL = Rétroversion = A. de direction ou de siège = Dent inclinée en dedans de l'arcade.
3. Occlusion mésiale = OM = Latériversion = A. de direction = Dent inclinée latéralement vers la ligne médiane.
4. Occlusion distale = OD = Latériversion = A. de direction = Dent inclinée latéralement vers la partie distale.
5. Torso-occlusion = TO = Rotation sur l'axe = A. de direction = Dent tournée sur son axe.
6. Infra-occlusion = IO = Anomalie d'émergence = A. d'éruption = Dent en éruption insuffisante.
7. Supra-occlusion = SO = Anomalie d'émergence = A. d'éruption = Dent en éruption exagérée.

Lorsque la couronne tout entière d'une dent ou de plusieurs dents fait entièrement saillie en dehors de l'arcade, celles-ci sont dites en *protrusion*, et en *rétrusion* dans le cas contraire. Ces deux termes sont également applicables aux deux arcades dentaires dans leurs rapports antérieurs l'une avec l'autre ; ils doivent être préférés à ceux de prognathisme et d'opisthognatisme qui prêtent à confusion, ne peuvent s'appliquer, à notre avis, aux cas du ressort de l'orthodontie et doivent être réservés aux anomalies des maxillaires.

Si, au lieu de considérer les positions irrégulières des dents prises isolément, on considère les rapports des arcades dentaires entre elles, alors la classification d'Angle s'impose. Nous la résumons ci-dessous :

CLASSE I. — ARCADES EN RELATIONS MÉSIO-DISTALES NORMALES.

Dans cette classe, sur 1000 cas, il en rentre : 692



Fig. I.

CLASSE II. — ARCADE INFÉRIEURE DISTALE A LA NORMALE DANS SES RELATIONS AVEC L'ARCADE SUPÉRIEURE.



Fig. II.

1re DIVISION. — *Distale bilatéralement :* Incisives supérieures en protrusion, communément : mouth breathers (respirateurs buccaux).

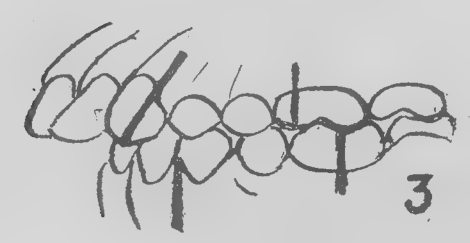


Fig. III.

Dans cette division, sur 1000 cas, il en rentre : 90

SUBDIVISION. — *Distale unilatéralement :* Incisives supérieures comme à la 1re division.

Dans cette subdivision, sur 1000 cas, il en rentre : 34

2e DIVISION. — *Distale bilatéralement :* Incisives supérieures en rétrusion : normal breathers (respirateurs normaux).

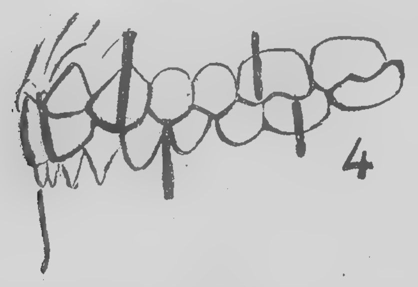


Fig. IV.

Dans cette division, sur 1000 cas, il en rentre : 42

SUBDIVISION. — *Distale unilatéralement :* Incisives supérieures comme à la 2e division.

Dans cette subdivision, sur 1000 cas, il en rentre : 100

CLASSE III. — Arcade inférieure mésiale a la normale dans ses relations avec l'arcade supérieure.

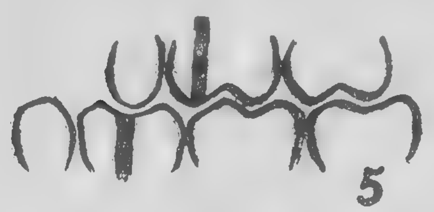


Fig. V.

Division :	*Mésiale bilatéralement.*	
	Dans cette division, sur 1000 cas, il en rentre :	34
Subdivision :	*Mésiale unilatéralement.*	
	Dans cette subdivision, sur 1000 cas, il en rentre :	8
	Total.	1000

Il nous reste, pour compléter cette revue d'ensemble des diverses considérations dont il faut tenir compte pour le traitement raisonné des irrégularités, à rappeler une fois de plus le procédé de Pont, de Lyon, pour déterminer l'indice dentaire, c'est-à-dire la largeur normale des arcades. On sait qu'on obtient l'indice dentaire en multipliant la largeur des quatre incisives par 100 et en divisant par la largeur de l'arcade au niveau des petites ou des grosses molaires suivant ce que l'on désire obtenir.

Pont a présenté dans l'année à l'Ecole dentaire, dans une clinique de la Société d'Odontologie de Paris, un barême des largeurs qui simplifie la question et auquel nous renvoyons le lecteur.

Depuis la publication de ce procédé, nous y avons recours dans tous les cas. Nous y trouvons toujours des indications utiles. Dans un cas que nous comptons présenter lorsqu'il sera terminé nous avons pu, par la détermination de l'indice dentaire, obtenir la preuve qu'il fallait encore faire de l'expansion, malgré l'avis contraire de confrères très compétents en orthodontie.

Comme on le voit, les lois régissant les rapports des diverses articulations des dents et de l'appareil dentaire et l'occlusion normale des deux arcades ont aussi leurs applications pour la correction des irrégularités dentaires et le

rétablissement de l'équilibre articulaire nécessaire pour le fonctionnement régulier de l'appareil tout entier. Il en résulte qu'il est nécessaire d'avoir bien présents à l'esprit les rapports anatomiques de chaque dent avec ses voisines et ses antagonistes à l'état de repos ou d'occlusion, ainsi que ces mêmes rapports au point de vue physiologique à l'état de mouvement avec les conditions diverses de sa fonction, puis considérant les troubles fonctionnels qui y sont apportés par l'état pathologique créé par l'anomalie, de déterminer d'abord le diagnostic d'une manière précise en ayant en vue les corrections à apporter, d'après les classifications d'Angle et de Case combinées sur certains points et en se servant des modèles d'études [1], d'examiner ensuite comment il convient d'y porter remède par les procédés divers de l'orthodontie.

Enfin, pour le traitement proprement dit, il faut observer, dans le choix des appareils et des forces en mouvement, les règles de la mécanique et du polygone des forces en déterminant sur un graphique au besoin : 1° l'étendue du mouvement à produire pour rétablir l'occlusion normale et corriger l'anomalie ; 2° la valeur de la résistance ; 3° le choix des forces nécessaires pour constituer la puissance destinée à produire ce mouvement ; 4° le siège des points d'appui et leur valeur.

C'est ce que je faisais observer dans le cas présenté à Reims, qui était une application de la force intermaxillaire pour la correction d'une rétrusion du maxillaire inférieur de la largeur d'une dent et que je résumais ainsi :

Etendue du mouvement à produire : avancer toutes les dents de l'arcade inférieure ; valeur de la résistance : représentée par la force de résistance de 14 dents à ce déplacement ; forces nécessaires pour constituer la puissance : représentées par des caoutchoucs ; siège des points d'appui : ils étaient fixes sur la mâchoire supérieure et représentés par les deux bagues et l'arc antérieur.

M. H. Villain, au mois de décembre dernier, dans une

1. Voir *A practical treatise on the technics and principles of dental orthopedia* by Calvin S. Case D. D. S. M. D. Chicago, 1908.

intéressante communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, sur un cas de redressement où il avait en quelques mois obtenu un résultat très avantageux en employant lui-même la force intermaxillaire, le démontrait également. J'ai à cette occasion complété l'historique que j'avais fait à Reims de la question et qui se résume ainsi : la force intermaxillaire, dite ancrage de Baker, est employée aux Etats-Unis depuis 1893 environ. MM. Case, Angle et Baker se disputent l'honneur de l'avoir introduite dans notre technique. Pour son emploi, il faut prendre point d'appui sur une des deux arcades dentaires, en fixant sur la face buccale des dents, à l'aide de bagues sur les molaires et de ligatures, un arc métallique muni de deux petits crochets ; placer dans les mêmes conditions un deuxième arc semblable sur l'arcade dentaire opposée, contenant les dents à faire mouvoir et réunir de chaque côté de la mâchoire les deux arcs par un anneau de caoutchouc, placé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant ou d'avant en arrière, suivant le sens du déplacement à obtenir, comme cela est indiqué sur le modèle numéro X 2 que je vous présente. La grande fixité des appareils et l'action continue du caoutchouc qui s'exerce dans tous les mouvements de la mâchoire, donnent des résultats très appréciables et très rapides pour des cas difficilement traités avec les autres procédés.

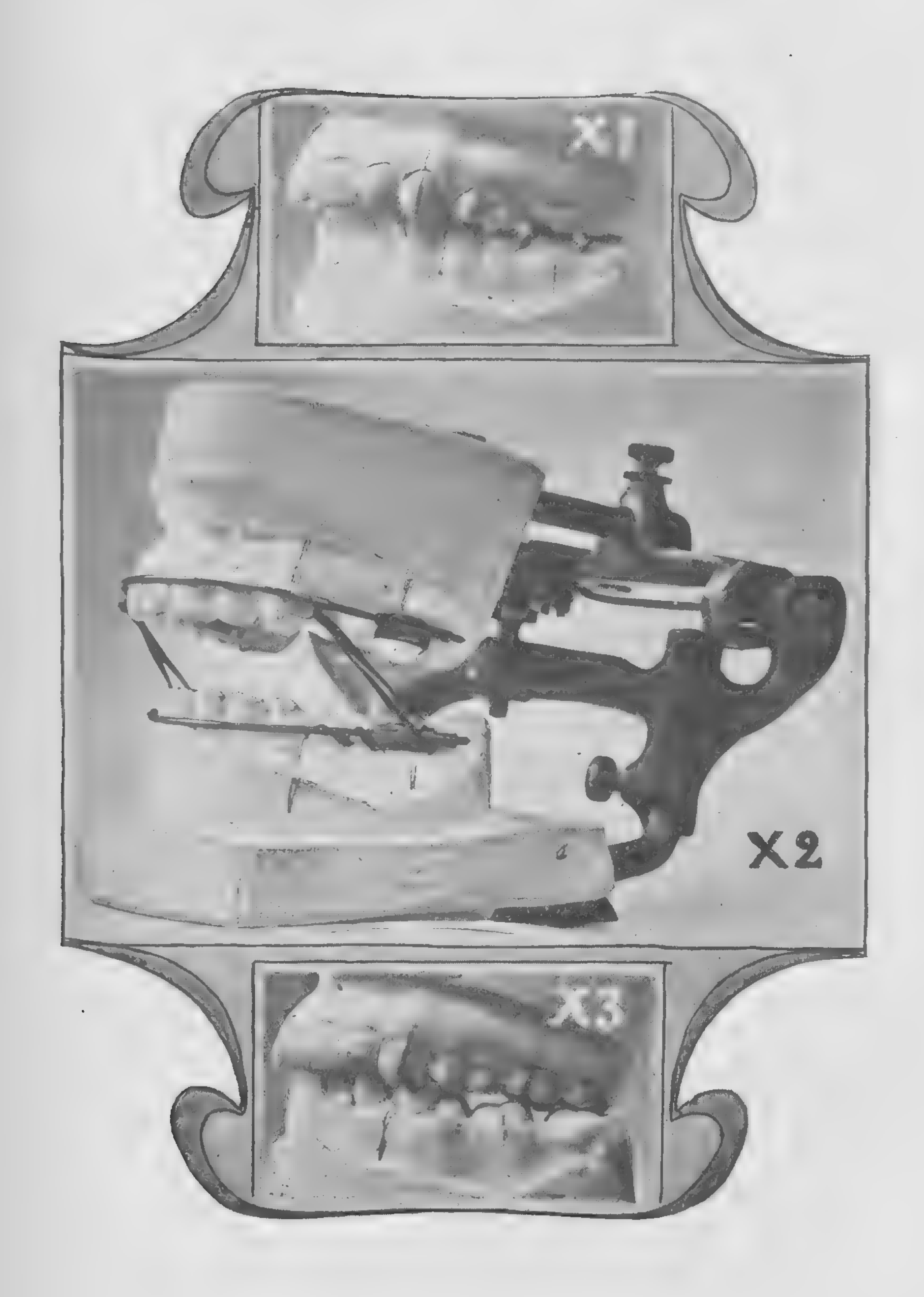
J'ai justement apporté un autre cas traité par le procédé dit du « jumping the bite » ou saut de l'articulation, avec le plan incliné pour établir un parallèle entre les deux systèmes et l'on verra qu'il est en faveur de l'ancrage de Baker.

Voici les deux observations :

Redressement par la force intermaxillaire.

Mlle X..., 15 ans, est venue me consulter au mois de juillet 1907 ; un confrère lui avait corrigé les irrégularités de position des dents de chacune des arcades dentaires considérées isolément, et lui avait déclaré qu'il considérait que le redressement était terminé.

Or, à l'examen, les deux arcades étant rapprochées, on


X1
X2
X3

constatait dans le sens horizontal une distance entre les dents inférieures antérieures et les supérieures de 5 millimètres environ, la première molaire inférieure était en rapport avec la deuxième molaire supérieure au lieu de l'être avec la première molaire supérieure; donc c'était, d'après la classification d'Angle, une malocclusion de la deuxième classe (distale à la normale et bilatéralement, largeur une dent) (Voir modèle X 1). Enfin, si l'on faisait fermer les lèvres, on constatait que c'était la mâchoire inférieure qui était en rétrusion, donc qu'il fallait avancer l'arcade dentaire inférieure d'une dent. La largeur des quatre incisives était de 28 millimètres, la distance des prémolaires était de 35 millimètres, dont l'indice, d'après la méthode de Pont, était de 80, ce qui était normal.

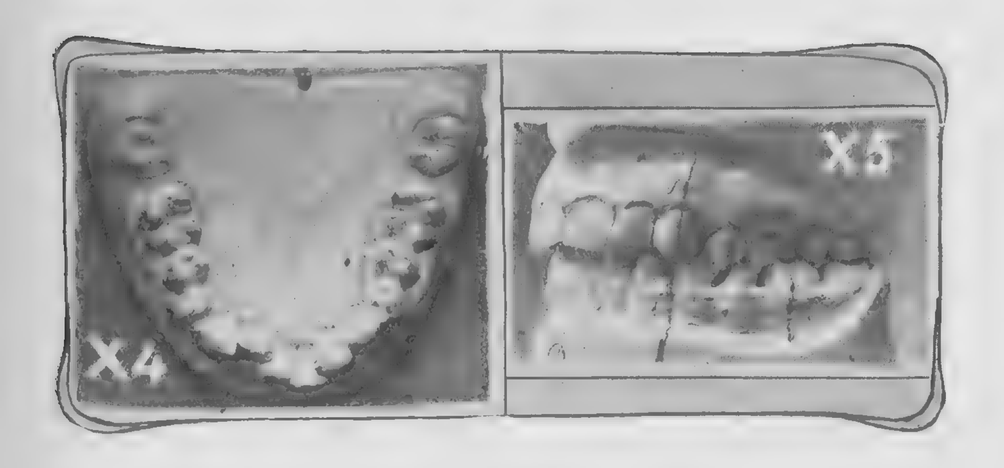
Nous décidâmes d'avoir recours à la force intermaxillaire pour la correction de cette anomalie et un appareil fut posé en juillet.

La jeune fille partit en vacances, mais un mois après l'appareil insuffisamment fixé s'était détaché en partie ; il lui fut retiré lors d'un court passage d'une journée à Paris. L'appareil lui fut placé à nouveau à son retour de vacances le 17 octobre 1907, identique au modèle X 2 ci-contre.

La jeune patiente partit quinze jours après, le 1er novembre, pour passer l'hiver dans une ville du Midi.

Un de nos confrères eut la complaisance de s'en occuper ; mais comme il voyait ce genre d'appareil pour la première fois, il eut naturellement quelques difficultés et quelques tâtonnements, malgré les avis que je pus lui donner par correspondance.

La jeune fille revint à Paris le 27 avril 1908 (Voir modèle n° X 3). L'anomalie pour laquelle elle était venue me consulter était presque corrigée du côté des molaires, les molaires de 6 ans étaient à leur place et en rapports normaux avec les antagonistes; mais une irrégularité nouvelle s'était produite à la mâchoire inférieure (Voir modèle X 4) : outre un vide existant de chaque côté entre la première et la deuxième molaire inférieure par suite de son


X4
X5


Y1
Y2

déplacement en avant, les dents antérieures non fixées à l'arc s'étaient groupées en rétroversion, créant ainsi une atrésie de la partie antérieure de l'arcade inférieure.

Un appareil écarteur d'après le modèle que j'emploie d'habitude (un dérivé de celui de M. Francis Jean) fut placé le 10 mai 1908 et le 12 juillet le redressement était tout à fait terminé. Nous plaçions un appareil de maintien sur le maxillaire inférieur pour maintenir l'anomalie dernière, car la première se maintenait seule par l'occlusion (Voir modèle X 5).

Redressement par le plan incliné.

Mlle Z....., 13 ans, me fut amenée en janvier 1905 ; à l'examen, on constatait à l'arcade supérieure une légère antéversion de l'incisive supérieure gauche, la deuxième prémolaire du même côté, insuffisamment poussée à l'arcade inférieure, un écart entre les incisives centrales et la présence aux deux arcades des seules molaires de six ans. Les deux arcades étant rapprochées, on constatait une distance de cinq millimètres environ entre les dents antérieures supérieures et inférieures, et la première molaire supérieure était en rapport avec la deuxième molaire inférieure, au lieu de l'être avec la première molaire supérieure ; donc c'était comme le cas précédent, d'après la classification d'Angle, une malocclusion de la deuxième classe (distale à la normale bilatéralement, largeur une dent). (Voir modèle Y 1.)

Les lèvres étant fermées on constatait un peu de protrusion du maxillaire supérieur, mais surtout comme dans le cas précédent de la rétrusion de la mâchoire inférieure. Il fallait donc rentrer un peu l'arcade dentaire supérieure et faire avancer l'arcade dentaire inférieure.

La largeur des quatre incisives était de 33 millimètres avec une distance des prémolaires de 35, au lieu de 41, d'où un indice de 94, au lieu de 82, d'après le barème de Pont, d'où un peu d'atrésie aux deux arcades.

Des appareils écarteurs furent posés sur le maxillaire inférieur, puis sur le supérieur pour obtenir l'indice normal jusqu'au 15 novembre 1906.

Lorsque nous eûmes corrigé l'atrésie, nous nous décidâmes, après avoir essayé de poser un ancrage de Baker, que la malade ne put supporter, les dents étant trop courtes, à traiter la rétrusion par le procédé du saut de l'articulation dit « jumping the bite » à l'aide de l'appareil dit plan incliné sur le maxillaire supérieur.

Cet appareil fut posé le 15 juin 1907 et le 30 octobre 1907, c'est-à-dire 4 mois et demi après, le saut de l'articulation était obtenu ; il ne fut considéré comme terminé que le 15 juillet 1908, c'est-à-dire que la jeune patiente fut autorisée à ne plus porter que la nuit le plan incliné supérieur qui lui servait d'appareil de maintien (Voir modèle Y 2).

Je dois ajouter que c'est un de mes collaborateurs, M. Zimmermann, qui s'est avec moi occupé spécialement de ces deux cas.

Le cas présenté à Reims l'année dernière pour montrer une application de la force intermaxillaire et le deuxième que je vous présente aujourd'hui, dans lequel il a été fait emploi du plan incliné, permettent d'établir un parallèle entre les deux systèmes d'appareils utilisés pour le traitement de la rétrusion de l'arcade dentaire inférieure.

Il résulte de la première observation qu'une irrégularité dentaire difficile par les anciens procédés a pu être complètement réduite très facilement, malgré des conditions défavorables, du 17 octobre 1907 au 12 juillet 1908, c'est-à-dire en 9 mois pendant lesquels la patiente a été absente de Paris 6 mois, ce qui a compliqué le traitement par la production d'une deuxième irrégularité due à une surveillance insuffisante des caoutchoucs, et les difficultés pour suivre ce traitement à distance.

Enfin, il y a lieu de constater la distance qui s'est produite entre la première et la deuxième molaire inférieures qui montre bien que c'est le bloc dentaire qui a été porté en avant et non l'articulation temporo-maxillaire qui a été modifiée, comme on l'a dit à la Société d'Odontologie pour le cas analogue présenté par H. Villain.

Dans le deuxième cas, au contraire si l'irrégularité est à

peu près corrigée et l'occlusion presque normale, c'est par suite d'une modification dans l'articulation temporo-maxillaire ; le condyle s'est porté en avant et une nouvelle articulation s'est faite. Mais il faut reconnaître qu'on ne peut avoir autant de confiance dans la persistance de la nouvelle occlusion ainsi obtenue que dans la première qui a été réalisée par le déplacement des dents elles-mêmes.

On pourrait dire pourtant, comme on l'a fait observer, que, par le déplacement articulaire obtenu par le saut de l'articulation, le menton est avancé alors qu'il n'en est pas de même par le déplacement de l'arcade dentaire obtenu par l'ancrage de Baker et que cela peut quelquefois être nécessaire.

Mais si l'on se place au point de vue de l'application de la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire, but principal de cette communication, on se rend compte que dans le premier cas l'équilibre articulaire est normalement et complètement rétabli dans les arcades dentaires comme dans l'appareil tout entier, tandis que dans le second cas il l'est seulement en apparence du côté des arcades dentaires, mais aux dépens du déplacement de l'articulation temporo-maxillaire qui reste en équilibre instable et qu'une force, celle des muscles, tend constamment à ramener dans la position première, faiblement contrebalancée par la force de la nouvelle occlusion.

En résumé, et pour conclure, l'emploi de la force inter-maxillaire dite ancrage de Baker permet d'obtenir assez facilement la correction complète de certaines anomalies d'occlusion difficiles par les autres procédés, et avec des appareils fixes moins gênants pour le patient ; mais surtout il donne des résultats plus durables parce que les principes sur lesquels il repose sont conformes à la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires.

REVUE DES REVUES

VALEUR SÉMIOLOGIQUE DES LEUCOPLASIES JUGALES & COMMISSURALES

DITES « *PLAQUES DES FUMEURS* »

Par le Pr L. Landouzy,
Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

A l'Académie de médecine, en octobre et novembre 1906, à propos DE LA CURABILITÉ DU CANCER, EN GÉNÉRAL ET DU TRAITEMENT DU CANCER DE LA LANGUE EN PARTICULIER [1], s'ouvrait, amorcée par feu notre collègue Poirier, une discussion dont personne n'a oublié l'ampleur. L'intérêt en apparaît encore plus grand aujourd'hui que clinique et médecine expérimentale, orientées vers l'étude des lésions précancéreuses, nous invitent à considérer le cancer, comme résultant de l'implantation d'une greffe cancéreuse sur un coin de terrain préparé.

On se souvient de la communication suggestive du professeur Fournier sur le cancer lingual des syphilitiques, qu'il nous dit avoir vu naître et se développer sur les plaques leucoplasiques des syphilitiques-fumeurs, avec une telle fréquence qu'il le dénomme « *un cancer d'origine syphilo-nicotique* ». M. Fournier entendait marquer ainsi la part de *collaboration* que, dans l'espèce, il fait à l'irritation nicotique.

Dans sa communication, le Maître syphiligraphe visait spécialement le cancer développé sur la leucoplasie linguale, que, pour ma part, depuis des années, comme mon collègue Gaucher, j'enseigne[2] être *fonction* de syphilis.

M. Fournier, prenant soin de limiter le débat [3], le circonscrivait « *à la leucoplasie vraie très distincte, bien entendu, d'autres affections blanches de la bouche, telles que lichen plan, stomatite nacrée ou triangulaire commissuraire des fumeurs, glossite mercurielle,*etc. ».

C'est justement de ces stomatites blanches, nacrées, de ces *triangles commissuraires* (dits des fumeurs), d'un blanc mat ou d'aspect pelure d'oignon, que je veux traiter.

Je prête à leur constatation une importance étiologique et une valeur sémiologique tout autres que celles qu'on leur attribue généralement. Je ne fais aucune distinction entre ces stomatites nacrées, triangu-

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, nos 36, 38, 39, 40.
2. Notamment, à Saint-Christau, Conférences du V. E. M. 1900 et 1905.
3. Fournier, *Bulletin de l'Académie*, 27 novembre 1906, p. 166.

laires ou commissurales, dites des fumeurs, et les plaques commissurales et jugales, saillantes, d'aspect blanc mat, d'apparence micacée ou psoriasiforme auxquelles on réserve, à tort suivant moi, le nom de leucoplasie vraie, et auxquelles seules on accorde depuis peu l'origine syphilitique. Entre les unes et les autres, il n'y a que des différences d'aspect et de degré : issues d'une même cause, elles sont de même essence et de même nature.

Parmi toutes ces altérations buccales, je vise spécialement ici les lésions commissurales et jugales (celles-ci développées le long d'une ligne marquée par l'affrontement des maxillaires) qualifiées : *plaques des fumeurs.*

Cette qualification me paraît impropre, ou plus exactement, insuffisante puisque c'est dénommer la leucoplasie par sa cause occasionnelle et non pas sa raison essentielle. En effet, pour exister chez de grands fumeurs, ces plaques blanches se rencontrent aussi chez les non fumeurs, hommes ou femmes, comme d'ailleurs la leucoplasie linguale.

Chez les malades (hommes ou femmes, ceux-là singulièrement plus nombreux que celles-ci) présentant des plaques blanches, ce qu'on trouve d'ordinaire, quand on sait bien chercher, c'est la syphilis.

Cela est vrai, quels que soient la configuration, la couleur, la nuance, le siège, l'intensité, la minceur des plaques ; que celles-ci, par leur aspect, rappellent les descriptions données du lichen plan buccal, de la stomatite nacrée, du triangle commissural des fumeurs.

Depuis plus de dix ans, que je m'astreins à orienter dans ce sens l'examen de la muqueuse buccale de tous mes malades, je suis parvenu à faire partager à mes élèves mes convictions :

1° La leucoplasie buccale, à ses divers degrés, est beaucoup plus commune qu'on ne le dit ;

2° L'usage du tabac est une des meilleures *occasions* de faire lever les placards de stomatite blanche ;

3° L'usage du tabac, pour être un précieux *collaborateur*, n'est nullement indispensable ;

4° L'indispensable, dans l'espèce, le *déterminisme,* est la syphilis ; car la syphilis bien cherchée se découvre chez la plupart des leucoplasiques, et réciproquement la leucoplasie est extrêmement fréquente chez les syphilitiques avérés ;

5° Le rôle déterminant de la syphilis — comme le rôle occasionnel et collaborant du tabac — accepté dans la genèse des grandes plaques de leucoplasie linguale doit être étendu aux formes les plus atténuées des taches nacrées, opalines, pelure d'oignon, de la face interne des joues et des commissures, lésions classiquement restées jusqu'ici hors du procès syphilitique, et mises à la charge du tabac.

*
* *

En vertu de ce concept de la syphilis, cause *déterminante* de presque toutes les formes de leucoplasie, j'ai pu, maintes fois, EN L'ABSENCE DE TOUS AUTRES STIGMATES, songer rétrospectivement à une syphilis oubliée ou méconnue. Je suis arrivé ainsi à poser des diagnostics qu'on n'aurait pu étayer sur aucune autre base, diagnostics que les événements se chargeaient d'affirmer. J'ai pu ainsi, parfois, procurer, notamment à des femmes leucoplasiques, le bénéfice du traitement spécifique.

Chez sept femmes, Parisiennes ou provinciales (n'ayant jamais fumé), j'ai pu, à défaut d'autres stigmates, m'appuyant seulement sur la stomatite blanche : pour cinq d'entre elles, porter un diagnostic étiologique décisif ; chez les deux autres, un diagnostic des plus probables.

A deux d'entre elles, par le traitement spécifique ordonnancé aussitôt reconnue la leucoplasie jugale, j'ai procuré la guérison. Chez d'autres, j'ai fourni les éléments d'une pathogénie d'autant plus vraisemblable que l'une était veuve (après fausses couches et perte d'enfants morts de débilité congénitale) d'un mari paralytique général ; que l'autre, sans fausses couches comme sans enfants, était pareillement veuve d'un paralytique général ; qu'une troisième, tabétique, était l'épouse d'un mari autrefois soigné par Ricord, et ayant eu dans la suite une paralysie oculaire guérie, en quelques semaines, par traitement spécifique.

Les figures 1 et 2 se rapportent aux deux femmes qui doivent leur guérison au diagnostic que m'avait fait porter leur leucoplasie.

Le premier dessin fixe très exactement le siège, la forme linéaire et l'étendue de la stomatite jugale ; par contre, la morphologie exacte de la lésion (tenant ici plus de la petite plaque lichénoïde que de la tache nacrée ou du placard micacé psoriasiforme) n'est guère représentée que par à peu près, vu la délicatesse et la difficulté de l'entreprise.

Chez cette femme, considérée comme atteinte de phtisie commençante, la stomatite me fit penser que, dans l'espèce, la bacillose pourrait bien n'être pas en cause. Frictions hydrargyriques, sirop de Gibert et iodure de potassium firent si bien que de précaire l'état général redevint satisfaisant, en même temps qu'avec la disparition des signes d'infiltration pulmonaire coïncidait le retour de la sonorité thoracique et de l'expansion vésiculaire.

Pour ce qui est de la figure 2, elle donne, comme étendue, comme disposition linéraire, comme aspect (nacre éteinte ou pelure d'oignon), assez bien la représentation de la leucoplasie affectant symétriquement la muqueuse jugale d'une jeune femme impotente d'un coude empâté, douloureux, depuis des mois, tellement semi-ankylosé, que la malade (plusieurs fois déjà j'ai conté son histoire si intéressante), réduite à ne plus faire usage que d'un bras, était obligée de se faire

habiller et coiffer. Jeune femme fatiguée, pâle, anémique, respirant incomplètement d'un sommet, suspectée par les uns de germination bacillaire pulmonaire et d'arthropathie tuberculeuse; suspecte pour les autres de rhumatisme articulaire subaigu, ce pourquoi deux saisons avaient été faites inutilement en stations sulfureuses. La médication spécifique, menée intensive avec périodes de repos, eut raison des accidents vainement combattus pendant les vingt-six mois qui avaient précédé le diagnostic étiologique que j'étayai sur la leucoplasie. La guérison de la jeune femme ne s'est en rien démentie, elle a recouvré la plénitude des mouvements du coude.

En d'autres circonstances, par la constatation seule de la leucoplasie commissurale, j'ai pu faire un diagnostic aussi exact qu'épineux.

Tel le cas d'un peintre en bâtiments récemment apporté, sans renseignements, à la Clinique Laënnec, en révolution complète, dans le coma, et mourant, en quarante-huit heures, sans recouvrer connaissance.

Chez cet homme, les mâchoires contracturées ne permettant de voir ni la langue, ni la gorge, l'examen des muqueuses jugales décelait un triangle commissural symétrique, de teinte intermédiaire entre la nacre et la pelure d'oignon.

C'est avec cela, faute de mieux, que je dus m'essayer à un diagnostic par exclusion.

J'éliminai le coma urémique, le mal comitial, la congestion alcoolique pour me ranger au diagnostic *syphilis encéphalique*. L'autopsie, négative sur tous autres points, nous mit en présence d'une congestion cérébrale sertissant un syphilome fronta-pariétal.

L'histoire de mon peintre est un superbe exemple de la valeur séméiologique des taches leucoplasiques dites *plaques de fumeurs*. Ses taches commissurales étaient, comme étendue et comme aspect, assez semblables à la plaque du dessin relevée chez un homme, petit fumeur, à la langue intacte, qui, ces temps derniers, m'amenait à la crèche Laënnec son enfant en pleine cachexie de syphilis héréditaire.

Dans ce cas particulier, le triangle commissural était le seul stigmate qui, chez les parents du bébé, fût à relever pour quiconque, ignorant de l'aphorisme *pater est quem morbi natorum demonstrant*, ne se serait pas contenté de la syphilis du bébé pour reconstituer l'infection paternelle.

La constatation d'un simple trait de leucoplasie, en coup d'ongle, chez une femme ; d'une plaque commissurale chez un homme, sur lesquels, récemment, me consultait mon collègue Rochon-Duvignaud, me permettait de porter, chez les deux malades, un diagnostic sinon certain, au moins des plus probables.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme souffrant de céphalée et qui, affectée : à gauche, d'iritis, de glaucome et de cataracte ; à droite, d'iritis légère, montrait à la commissure droite une petite strie

leucoplasique en coup d'ongle. La muqueuse d'alentour présentait un aspect lisse, blanchâtre, opalin, qu'on rendait évident si l'on prenait soin, en l'essuyant bien, d'assécher la muqueuse commissurale.

Cette femme n'a jamais eu de grossesse, quoi qu'elle ait été toujours bien réglée et que le mari parût vigoureux. Depuis trois mois qu'un traitement ioduré et hydrargyrique est suivi, diminution sensible de la céphalée, et légère amélioration de la vision de l'œil droit.

Pour ce qui est de l'homme affecté de décollement de la rétine (qu'on croit dû à un sarcome commençant), il présente : 1° une plaque commissurale opaline très nette des deux côtés, plus accusée pourtant à gauche (il se dit modéré fumeur) ; 2° une abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens ; 3° une abolition des réflexes lumineux.

Un très probant exemple de leucoplasie commissurale symétrique (sans leucoplasie linguale) m'était encore hier signalé par mon ancien interne Joseph Troisier, qui, de mon enseignement, a retenu la valeur sémiologique des taches blanches commissurales.

Cette femme, qui n'a jamais fumé, entrée le mois dernier chez mon collègue Chauffard pour de la polysclérose (artério-sclérose, sclérose rénale), est atteinte de tabes : abolition des réflexes rotuliens et achilléens, myosis et signe d'Argyll ; incertitude de la marche ; talonnement léger ; signe de Romberg.

Cette femme ne se souvient d'aucune maladie : ni érosions de la peau, ni accidents secondaires. Les renseignements manquent sur le mari : en revanche, l'histoire des grossesses en dit aussi long sur l'étiologie de la leucoplasie que sur la pathogénie des troubles médullaires :

Première grossesse, datant de quatorze ans, terminée à cinq mois par avortement ;

Deuxième et troisième grossesses terminées à huit mois : enfants mort-nés ;

Quatrième grossesse, menée à terme : enfant paraissant bien portante.

Si je me suis arrêté plus volontiers sur l'histoire des femmes, qui m'ont présenté, sous des apparences variées, de la leucoplasie jugale, je le fais pour plusieurs raisons. D'abord, parce que je tiens à bien établir que si j'ai, chez elles, rencontré la leucoplasie sans la collaboration du tabac, je n'ai pas rencontré les plaques jugales sans syphilis antérieure ; celle-ci tantôt démontrée par les succès thérapeutiques ; celle-ci tantôt dénoncée par la maladie du mari ; celle-ci encore démontrée par la concomitance, chez la leucoplasique, d'affections dont la nature fracastorienne ne fait doute pour personne.

Si, en matière de leucoplasie jugale, comme en matière de leucoplasie linguale, je n'avais pas tenu à montrer que le DÉTERMINISME

vrai est la syphilis, et l'une des meilleures OCCASIONS le tabac, je me serais tenu moins complaisamment aux observations féminines qui sont bien moins communes que les masculines.

La part de collaboration du tabac — pour rappeler le langage de M. Fournier — paraît évidente en matière de leucoplasie jugale psoriasiforme, en matière de plaques nacrées commissurales, comme en matière de leucoplasie linguale, mais ce n'est qu'une part contributive. Pour *contributive* qu'elle soit, la part du tabac est si forte que l'interdiction absolue de fumer est la première prescription que je fais aux syphilitiques. Cette mesure d'hygiène réussira à faire moins fréquentes les leucoplasies jugales et commissurales, mais ne saurait les supprimer (témoin les observations féminines), puisque LA RAISON MAITRESSE DES LEUCOPLASIES, C'EST LA SYPHILIS.

La preuve en est que derrière les leucoplasies toutes syphilis bien cherchées sont d'ordinaire trouvées.

C'est le cas des 15 syphilitiques avérés (9 hommes, 6 femmes) qui se voyaient, en mai dernier, à la clinique médicale Laënnec : 2 femmes présentaient nettement, mais d'aspect atténué, de la leucoplasie jugale ; 7 hommes — presque tous fumeurs — présentaient, les uns exclusivement des plaques de stomatite jugale et commissurale : les autres avaient, à la fois, et de la leucoplasie jugale et de la leucoplasie linguale.

Inutile, j'imagine, de produire un nombre plus grand d'observations pour que soient bien établis : la fréquence des stomatites blanches ; le rôle déterminant de la syphilis ; le rôle occasionnel du tabac ; la valeur sémiologique des plaques dites des fumeurs ; valeur telle que, de leur seule constatation, peuvent se déduire des diagnostics d'importance capitale.

C'est le cas ou jamais de rappeler ici le *de minimis curet medicus !*

(*La Presse Médicale*, 27 juin 1908.)

DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS D'ÉPITHÉLIOMAS EN SURFACE

DÉVELOPPÉS SUR UNE MUQUEUSE LEUCOPLASIQUE

Par le professeur RECLUS.

Nous avons dégagé, il y a deux ans, sous le nom d'*épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques,* une forme de cancroïde que n'avaient pas encore décrite les auteurs. Elle ne semble pas avoir attiré l'attention qu'elle mérite. A ma connaissance, aucun travail n'a paru sur elle pour en combattre ou pour en confirmer l'existence et, dans le dernier concours d'agrégation en chirurgie, le candidat fort distingué qui avait à traiter des cancers de la langue n'a point fait allusion à cette variété. Aussi nous semble-t-il utile de vous entretenir à nouveau de cette question, à propos de deux nouvelles observations que j'ai recueillies.

Ceux qui ont assisté à ma première leçon ou qui l'ont parcourue dans la *Presse médicale* de décembre 1905 se rappellent les caractères qui distinguent notre épithélioma des muqueuses leucoplasiques. D'abord, et par définition même, il ne se développe que sur des plaques de leucokératose. Or, comme ces plaques sont fréquentes sur la langue, c'est sur elles que notre tumeur se rencontrera le plus souvent. Ensuite elle a un aspect bien particulier ; elle est petite, de forme elliptique ou lenticulaire, ne mesurant guère qu'un centimètre dans tous les sens, à peine surélevée d'un à trois millimètres au-dessus de la tache blanche ; sa base est indurée et sa surface, presque toujours sèche et recouverte de cellules épithéliales, est quelquefois un peu exulcérée.

Le troisième caractère est la tendance à la récidive : la tumeur enlevée, il en paraît une autre, puis une autre, puis une autre encore: j'ai cité des observations véritablement extraordinaires, et dans l'une, remarquable entre toutes, le cancroïde, enlevé onze fois, reparut dix fois en vingt-quatre ans. Mais chose singulière et unique dans l'histoire du cancer, ce n'est pas sur place que repullule le mal, mais plus loin, sur une autre plaque leucoplasique. Le quatrième caractère est la bénignité relative de cette tumeur, maligne par destination, et l'épithélioma lobulé qui, ailleurs ronge, végète, envahit les tissus voisins, et se substitue à eux, ici reste souvent presque stationnaire, et tel néoplasme lenticulaire de la surface de la langue, apparu en 1871, ne fut opéré que dix ans plus tard, en 1882 : d'autres fois, il est vrai, l'apparition d'une seconde tumeur suit de très près l'extirpation d'une première et il n'est pas exceptionnel d'enlever, sur la même langue, deux de ces tumeurs en un an. Mais la nouvelle tumeur n'est pas

d'ordinaire plus envahissante que la première. Cette bénignité se traduit encore, et ceci est le cinquième caractère de notre épithélioma, par la rareté de la propagation du mal aux ganglions lymphathiques.

J'ai établi la réalité de cette forme clinique sur huit observations personnelles. Dans trois d'entre elles, l'épithélioma s'est développé, le premier sur la muqueuse balanique, le second sur la muqueuse vaginale, le troisième sur la muqueuse jugale, au niveau de la commissure des lèvres ; les cinq autres ont eu pour siège la muqueuse de la langue. Aujourd'hui je suis en mesure d'ajouter à cette série un sixième et un septième cas recueillis l'un et l'autre en Béarn. Je commence par le second : il s'agit d'un propriétaire de soixante-quatre ans qui était venu soigner une leucoplasie buccale aux eaux de Saint-Christau, réputées depuis Bazin pour guérir ou améliorer cette affection rebelle. Le distingué médecin de la station, le docteur Bénard, me sachant dans le pays, me l'avait envoyé, un peu effrayé d'une petite élevure longue de 12 millimètres, large de 8, à base indurée, et qui s'était développée sur une plaque leucoplasique du segment antérieur de la langue ; elle était rouge, exulcérée, dépapillée, mais rarement saignante ; elle n'était le siège d'aucune douleur et ne s'accompagnait d'aucune dégénérescence ganglionnaire.

Il n'y avait pas à s'y méprendre : cette petite tumeur avait tous les caractères de notre épithélioma en surface et l'évolution du mal confirmait ce que son aspect clinique nous revélait au premier abord : de tous temps notre malade avait eu la muqueuse linguale « fragile » ; il fumait beaucoup dans sa jeunesse et avait facilement des petites fissures, des rougeurs, des érosions, des aphtes. Puis une leucokératose se développa, que le patient soigna par la suppression du tabac et plus tard par les applications des eaux de Saint-Christau. Mais déjà, depuis six mois, vers le commencement de l'année 1907, il avait vu se développer la petite tumeur dépapillée dont je proposai l'extirpation immédiate. Elle fut faite à l'hôpital d'Orthez avec le concours de mes collègues Darget, Casassus et Lartigau. Sous l'analgésie stovaïnique, il me fut facile d'enlever, sans douleur, la petite élevure en la circonscrivant avec la pointe du bistouri, dépassant la base indurée d'un demi-centimètre environ. Quatre points de suture au catgut rapprochèrent les lèvres de la plaie et, au bout de huit à dix jours, notre opéré, guéri, pouvait regagner sa province.

Nous avions recueilli soigneusement la pièce ; elle fut confiée à mon chef de laboratoire de la Charité, le docteur Lesné. Et voici la note intégrale que je reçus de lui : « Dans les points extrêmes de la coupe, la muqueuse est normale, mais la sous-muqueuse est très épaissie et le tissu conjonctif, très dense, pénètre la couche musculaire et en dissocie les fibres. Au niveau de l'ulcération, l'épithélium

a complètement disparu ; il n'y a plus de papilles et nous trouvons, au milieu du tissu conjonctif très serré, des globes épidermiques, rares, mais incontestables, des cellules du corps muqueux déformées et irrégulièrement disposées, enfin des cellules rondes surtout abondantes à la superficie. L'ulcération est très vasculaire à la surface. Profondément, au contact des fibres musculaires et sous les parties latérales, l'épithélioma est limité par un épaississement considérable du tissu conjonctif. L'examen histologique nous permet de conclure à un épithélioma à marche lente. »

Notre diagnostic était confirmé et nous avions eu raison d'extirper cette tumeur, qui présentait d'ailleurs quatre des caractères de notre épithélioma en surface : le développement sur une plaque leucoplasique, l'aspect de la tumeur, de forme lenticulaire ou elliptique, à base indurée, à surface pas ou peu ulcérée, ne dépassant guère un centimètre dans tous les sens ; il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire ; l'évolution était celle des tumeurs bénignes, et si un cinquième caractère manquait, la tendance à la récidive, c'est que nous assistions au début du mal et notre intervention était donc nécessairement la première. Et nous espérons bien d'ailleurs que, dans cette nouvelle observation, la récidive manquera, parce que, d'abord, les plaques leucoplasiques sont peu abondantes et surtout parce que l'examen histologique nous a révélé le peu de tendance à la propagation de la tumeur et le tout petit nombre de globes épidermiques, comme étouffés dans le tissu conjonctif dense.

L'autre cas a moins de valeur, car notre malade, artério-scléreux et déjà frappé de troubles hémiplégiques lors de notre opération, fut emporté par une hémorragie cérébrale quelques mois après ; nous ne pouvons donc pas tabler sur ce cas pour établir la bénignité de la lésion et pour fixer son évolution et sa marche. Notre homme avait soixante-douze ans et, depuis quelques mois, il s'était développé sur une plaque leucoplasique une petite tumeur indolore, de forme elliptique, à grand diamètre antéro-postérieur, aplatie et soulevée de 3 à 4 millimètres. Sa base est indurée, sa surface grisâtre, légèrement granuleuse, mais non exulcérée ; il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire. Le diagnostic n'était pas douteux ; j'enlevai la néoformation en la circonscrivant par une incision faite en tissus sains, de quelques millimètres au delà des limites du mal. Des points de catgut réunirent les bords de la perte de substance et la guérison fut obtenue en moins de huit jours. Le docteur Lesné voulut bien en pratiquer l'examen histologique : il s'agissait bien d'un épithélioma à globes épidermiques.

Je veux profiter de ces deux nouveaux cas pour revenir sur nos huit observations précédentes et pour étudier de plus près le pronostic de notre épithélioma en surface. Tout d'abord, il me semble nécessaire

d'établir une démarcation plus tranchée entre l'épithélioma en surface de la langue et du vagin d'une part, et celui du plancher de la bouche et de la muqueuse buccale d'autre part. Certes, je crois ces derniers plus bénins que les épithéliomas vulgaires, mais ils le sont certainement moins que les premiers. Déjà, dans ma clinique originelle, je citai le cas d'un officier de marine opéré pour la première fois en août 1895 d'un cancroïde en surface de la commissure labiale gauche; il fut réopéré en 1896, en 1897, deux fois en 1898, deux fois en 1901 et deux fois en 1903, et mourut à la suite de cette neuvième intervention. Le maxillaire inférieur envahi avait dû être réséqué, et notre cancéreux, déjà affaibli par une alimentation insuffisante, fut emporté par une pneumonie vers le dixième jour. Il avait subi neuf opérations en sept ans.

J'ai à vous signaler une deuxième mort survenue chez l'un des sujets de mes huit observations, et ici encore la tumeur siégeait non pas sur la langue, mais sur le plancher de la bouche. Rappelez-vous l'histoire de ce sexagénaire qui, à la fin de 1897, nous montrait un cancroïde développé sur une plaque leucoplasique siégeant à droite du frein de la langue. Elle fut extirpée ; mais, deux ans après une nouvelle tumeur apparaît à gauche du frein. L'opéré reste six ans guéri. En 1905, épithélioma nouveau sous une tache de leucokératose, en dedans de la commissure labiale à droite. Nous l'extirpons en octobre, et là s'arrête l'histoire de notre malade dans notre première clinique. Malheureusement elle a une suite : quelques mois après, un ganglion sous-maxillaire se tuméfie ; et lorsque, au bout d'un an, presque jour pour jour, en octobre 1906, notre opéré revient nous consulter, nous trouvons une masse du volume d'une noix, adhérente au maxillaire, aux muscles voisins et à la peau épaissie et rouge ; on aurait dit une adénite subaiguë. On sait combien sont graves ces formes d'épithéliomas ganglionnaires enflammés par inoculation de microbes venus par les lymphatiques de la bouche voisine. En tous cas, notre nouvelle et dernière intervention ne fit que retarder la mort : moins d'un an après notre opéré n'était plus.

Ces deux morts, bien que n'étant survenues que sept ans et dix ans après la première intervention, nous donnent beaucoup à réfléchir, et j'aurais quelque tendance à modifier, sur ce point, ma première clinique : il me semble plus vrai de ne décrire comme véritable épithélioma en surface que ceux qui ont pour siège les muqueuses leucoplasiques du vagin et surtout de la langue ; ceux-là seuls, à notre connaissance, se sont toujours montrés bénins. Et notre nouvelle observation, plus peut-être que les précédentes, vient nous donner la clef de cette bénignité singulière et qui nous frappe d'autant plus qu'on sait l'allure envahissante, la marche rapide des épithéliomas ordinaires de la langue : ils tuent en un an ou deux ans, tandis que

nos épithéliomas en surface, comme d'ailleurs ceux de la peau, ne s'étendent qu'avec une certaine lenteur. Cette comparaison des cancroïdes cutanés et muqueux va nous expliquer ce paradoxe de deux pronostics si différents pour deux néoplasmes d'égale origine et développés sur le même organe.

C'est que justement, dans nos épithéliomas en surface de la langue, le microscope nous a montré que sous l'influence des irritations incessantes de la couche leucoplasique, le chorion de la muqueuse subissait des transformations profondes et prenait la texture serrée du derme. Vous rappelez-vous la description de M. Lesné : dans notre dernier cas l'épithélium a disparu ; il n'y a plus de papille, mais un tissu conjonctif adulte très serré dont les couches superposées forment une sorte de carapace protégeant les tissus mous sous-jacents, et l'on comprend que le néoplasme évolue plus lentement dans cette trame dense où les lymphatiques étouffés ne permettent que difficilement le transport et le greffe des cellules morbides détachées du cancer. Au vagin et sur la langue, cette « cutisation » de la muqueuse est plus fréquente et plus complète que sur la joue ; aussi les épithéliomas en surface y seront-ils plus nombreux et plus bénins.

J'en ai fini, et vous ne vous êtes pas mépris sur le but que je veux atteindre aujourd'hui ; j'ai voulu, à propos d'une observation nouvelle, attirer l'attention sur cette variété d'épithélioma qui, me semble-t-il, n'a pas encore été décrite. J'ai voulu vous rappeler les signes qui la caractérisent et vous donner les raisons qui expliquent sa bénignité paradoxale. J'ai voulu enfin restreindre un peu le domaine de ces épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques, et atténuant sensiblement les tendances de ma première clinique, vous montrer que les formes vraiment bénignes se rencontrent au vagin et surtout à la langue.

(*Gazelle des hôpitaux*, 4 juin 1908.)

ÉTUDE DES LÉSIONS VASCULAIRES DE LA PULPE DENTAIRE, LEURS COMPLICATIONS ET LEUR IMPORTANCE CLINIQUE

Par A. HOPEWELL-SMITH.

Parmi les tissus qui entrent dans la composition d'une dent, la pulpe est le plus intéressant et le plus important, car c'est du mécanisme vasculaire et nerveux que dépendent la vitalité et, par suite, l'utilité de chacune des unités de l'appareil de mastication. Le caractère singulier de la distribution anatomique du réseau vasculaire arrête l'attention, et l'observateur ne peut manquer de s'y arrêter.

Considérations anatomiques.

Deux faits frappent tout d'abord : 1° l'absence de circulation collatérale dans la pulpe ; 2° le caractère non valvulaire des veines.

Touchant le premier, pendant le développement des dents, les tissus formés de chaque couche du blastoderme primitif sont fournis par deux groupes de vaisseaux, dont la série interne, distribuée aux structures mésoblastiques, vascularise les papilles dentinaires, le sac dentaire et l'os environnant. Dans les pulpes adolescentes et adultes les branches de la série interne entrent dans le foramen apical des dents d'ordinaire sous forme d'un tronc unique, qui peut avoir jusqu'à 83 microns de large, pour bifurquer et se diviser presque immédiatement en nombreuses branches subsidiaires, se terminant près de la couche basique de Weil dans une anastomose de boucles capillaires, dont les orifices capillaires ont en moyenne huit microns de diamètre.

Si l'orifice de l'artère principale en entrant dans le foramen apical est bouché, l'intégrité de tout le système vasculaire est mise en péril, car il n'y a pas de branches collatérales pour rétablir l'équilibre dans le courant circulatoire. Cette condition est presque unique dans l'anatomie générale du corps, car on ne peut en citer que trois autres.

Ces remarques s'appliquent avec certitude au système vasculaire des dents uniradiculaires. On ne peut toutefois affirmer avec la même certitude que les pulpes des molaires n'ont pas de circulation collatérale. On n'a jamais reconnu la distribution exacte dans ces dents plus grosses, en raison de la difficulté d'injecter artificiellement les vaisseaux d'un adulte. Mais cliniquement il semble impossible qu'une anastomose collatérale existe, et au point de vue embryologique

l'affirmation de Lepkowski n'est très probablement pas exacte que « dans le germe d'une bicuspidée il y a deux faisceaux de vaisseaux séparés l'un de l'autre ». (*Anatomische Hefte*, 1901.)

Quant au second fait, on peut soutenir que les influences exogénétiques dans des conditions normales ne peuvent affecter le courant sanguin de la pulpe. Les veines ne sont pas soumises à la pression musculaire ni à une autre pression externe, et à cet égard elles sont construites comme d'autres, par exemple, la veine cave supérieure et la veine cave inférieure, les veines du poumon, etc.

Le premier fait a sans doute une importance plus grande, car les veines du système général qui ont 2 mm. de diamètre ou moins n'ont pas de valves. Toutefois, l'importance de l'absence de circulation collatérale dans la production des maladies de la pulpe ne saurait être négligée.

Effets généraux.

Il ne faut s'étonner, d'après cela, que des lésions ou des dégénérescences provenant de variations dans le courant sanguin ou dans la pression sanguine de la pulpe soient communes. C'est d'autant plus le cas qu'on ne serait sans doute pas loin de la vérité en prétendant que, tandis que les dents sont fréquemment la proie de la carie, elles sont soumises également et en même temps à des changements internes de rétrogression amenés par une augmentation ou une diminution de résistance physiologique pulpaire. Cela n'est pas tout à fait vrai de l'individu normal, mais l'est des individus souffrant de troubles de l'appareil circulatoire.

On sait que bien des gens éprouvent une incommodité temporaire provoquée par l'hyperémie de la pulpe. Pour une raison ou une autre les vaisseaux sont trop remplis et se congestionnent, congestion qui disparaît aussitôt que la cause cesse ou quand la libre circulation se produit. Toutefois si la pression intradentaire est assez forte pour empêcher un soulagement rapide et efficace, les tissus dégénèrent et meurent, car ils ne peuvent pas, en raison de la dentine qui les entoure, s'accommoder de leur état d'engorgement.

Le Dr Tänzer, de Trieste, a récemment développé cette question. Il cite, entre autres, un cas où, en raison de la circulation irrégulière dans les organes génitaux internes d'un patient, la pulpe d'une dent mourut par suite de l'augmentation anormale de la pression sanguine. L'introduction d'obturations métalliques et de bases en ciment dans les cavités cariées est suivie quelquefois finalement d'une douleur locale que le patient leur importe, tandis qu'elle est simplement due souvent à une irritation nerveuse réflexe ou à une augmentation de la pression sanguine locale. Tänzer résume ses remarques en disant que celle-ci peut être la conséquence de maladies dues à des varia-

tions de la circulation, à une haute tension nerveuse, comme dans l'hystérie, la grossesse, l'influeuza, ou à un traumatisme.

Il est donc clair que l'engorgement temporaire des vaisseaux de la pulpe tend à causer de l'odontalgie, mais si cette congestion continue, elle entraîne éventuellement la mort des parties et la cessation de la douleur. Cela peut arriver (*a*) lentement, quand les tissus passent par les diverses phases de la dégénérescence fibroïde, (*b*) rapidement, quand la gangrène survient comme résultat d'une thrombose et l'artério-sclérose et la mort subite en masse se produisent.

On croit qu'une légère augmentation de la pression sanguine n'occasionne pas de symptômes de névralgie, quoiqu'on puisse reconnaître que la douleur nerveuse d'autres régions peut se répercuter sur une dent saine, mais dont la pulpe est légèrement hyperémique. Par exemple, l'effet produit par la pression sur la branche supra-orbitale de la division ophtalmique du cinquième nerf causée par le port d'un chapeau trop étroit peut être d'occasionner de la douleur dans une canine dont la pulpe est hyperémique, douleur qui disparaît aussitôt que la cause de la pression cesse.

Lorsque Head écrivit ses remarquables observations sur les « troubles de la sensation, notamment la douleur des maladies abdominales » et attira l'attention sur certaines zones bien définies de sensibilité de la peau, on n'avait pas encore étudié les lésions vasculaires de la pulpe. Ses recherches ne portaient que sur les dents cariées et montraient que « tant que la pulpe n'est pas exposée, la douleur reste locale. Le patient se plaindra d'un mal de dents et montrera celle qui le fait souffrir ». La stimulation locale produit de la douleur locale et « est exactement analogue à celle produite par des lésions de la conjonctive ou d'autres couches de la cornée ». Cependant, si la pulpe est exposée, la douleur change de caractère et de siège, « Elle débute dans la dent affectée et s'irradie dans la face, le front, le cou ou l'oreille ». On peut ajouter aujourd'hui en toute certitude l'augmentation de pression sanguine intradentaire dans les dents saines à la classification de Head.

Heureusement la gangrène comme terminaison constante de la thrombose est relativement rare en clinique et c'est de certains changements atrophiques lents à se produire que je désire parler.

Il y a quelques années j'ai publié dans le *Journal of the B. D. A.* (mars 1892) un exposé de la lésion commune de la pulpe qu'on qualifie aujourd'hui de dégénérescence fibroïde ou d'atrophie réticulaire, dans lequel je décrivais la phase ultime de cette dégénérescence. Les phases pathologiques y conduisant n'avaient pas encore été étudiées et l'étiologie n'en était pas complètement élucidée. J'étais d'avis qu'elle représentait « la terminaison naturelle et habituelle de la vie

de la pulpe dentaire » survenant dans les dents vieilles. Je suis encore du même avis, tout en croyant que la sénilité de la pulpe ne dépend pas de son âge. Les enfants peuvent parfois avoir des dents séniles. Beaucoup de spécimens que j'ai examinés pour rédiger le présent article ont été enlevés pour pouvoir traiter des anomalies de position et beaucoup montrent que la totalité de la dentine n'était pas calcifiée complètement.

Après avoir rassemblé des matériaux et préparé des coupes, je puis maintenant donner un aperçu des lésions vasculaires probables et autres lésions qui se combinent pour amener cet état, en faisant observer que les mêmes dégénérescences ou des dégénérescences semblables ont été vues et décrites par Black, Rothmann, Walkhoff, Wedl, etc.

Cette fibrose ou sclérose est due sans doute, comme complication, en premier lieu à une thrombose des capillaires et des veines et à une dilatation permanente par suite du manque de ton (dû à un défaut dans le mécanisme vaso-moteur) ou de maladies des parois des artères avec ou sans hémorragies. Cela semble souvent suivi ou accompagné d'une condensation ou fibrication du tissu pulpaire situé entre la couche basique de Weil et la substance de la pulpe proprement dite. Il se produit une hyperplasie des fibres du tissu conjonctif des parties. Il y a modification des odontoblastes avec ou sans dégénérescence graisseuse, distension permanente des artères et artérioles et développement rapide du tissu fibroïde jusqu'à ce qu'il survienne une atrophie réticulaire bien marquée et, plus tard, une fibrose complète de l'organe avec disparition des cellules, des noyaux et de tout vestige des faisceaux nerveux et du système vasculaire.

Patho-histologie.

Des sections longitudinales et cervicales de la pulpe montrent ces changements. Les capillaires et petites veines distribués à la périphérie sont engorgés. Peu sont vides et aucun n'est sténosé. Avec un faible grossissement on les voit sous forme de longues bandes suivant pour la plupart l'axe vertical de la dent. Les corpuscules et gouttelettes de sang qu'ils contiennent ont leur forme et leurs dimensions altérées, ce qui est dû sans doute aux changements survenus après la mort, aux réactifs histologiques employés — car ceux-ci n'ont pas été spécialement choisis pour conserver et teinter les éléments du sang — et aux changements qui favorisent la coagulation. Ils peuvent partiellement ou complètement remplir les orifices des vaisseaux et sont quelquefois disposés en rouleaux, mais parfois ils se sont échappés de leurs parois, comme conséquence de la rupture. On constate fréquemment de petites hémorragies en forme de choux-fleurs parfois parmi les odontoblastes, parfois dans la couche basique de Weil, et

parfois dans la substance de la pulpe. Ces points hémorragiques sont de constitution variable: depuis la collection punctiforme d'une douzaine ou plus jusqu'à une grande masse. L'endothélium de la tunique interne de ces artères et de ces capillaires est modifiée et les noyaux de ses cellules ne peuvent se distinguer. Les grandes artères et les grandes veines sont vides et des zones hyalines de matière dégénérée s'étendent au travers sur divers points et, en devenant plus petites, bouchent leurs orifices. Les artères, ainsi que les veines, ont perdu leurs revêtements distinctifs, les unes et les autres ayant des parois plus minces que d'habitude.

Les effets morphologiques de ces lésions vasculaires sur les parties molles voisines sont très frappants. Quelquefois les odontoblastes, dont le nombre est fortement augmenté, ont des vacuoles, les globules plats étant souvent situés à leurs extrémités basiques, très nombreuses et très petites d'ordinaire, mais parfois aussi larges que les cellules elles-mêmes. Celles-ci sont aplaties latéralement et leurs noyaux sont planiformes; elles se sont groupées en faisceaux. Ce groupement des odontoblastes est très fréquent: il a été remarqué par d'autres auteurs, notamment par Walkhoff, qui en donne des photomicrographies dans son atlas de la patho-histologie des dents de l'homme. La couche basique de Weil est singulièrement riche en petites cellules qui ont de grands noyaux ronds et peut-être diminués de grosseur, tandis que ses constituants fibreux sont plus proéminents.

Les cellules de la pulpe ont des noyaux de forme dégénérée et de petites dimensions; leurs branches sont plus nombreuses et très bien marquées. Çà et là à des degrés différents, il semble y avoir un épaississement des substances intercellulaires et des changements chimiques dans le protoplasme des cellules. Quand des faisceaux de nerfs sont visibles, ils semblent dégénérés aussi.

On constate par places des thrombus organisés, ne laissant qu'un mince filet fibreux adhérant aux parois ou les couvrant complètement.

Causes.

Pourquoi le sang s'est-il coagulé ? Pourquoi les vaisseaux se sont-ils thrombosés et pourquoi les tissus mous ont-ils dégénéré ? L'absence de circulation collatérale les y prédispose sans doute quand il y a obstruction du courant, c'est-à-dire quand il y a inflammation autour des parties molles ou inflammation dans les tissus mous eux-mêmes. Les vaisseaux se thrombosent rapidement, par exemple après l'application d'acide arsénieux sur une surface de la pulpe exposée, parce que les vaisseaux sont dans un état hydrostatique et enfermés dans une paroi de dentine résistante.

Toute augmentation de volume du sang doit être compensée par une perte correspondante — car il ne peut pas y avoir déplacement égal des parties environnantes en raison de leur nature circonscrite — pour qu'il y ait la place voulue. La thrombose dans ce cas, qui peut être regardée comme chimique ou traumatique, est une phase primaire d'inflammation aiguë et est suivie immédiatement par la gangrène ou la mort de la pulpe en masse.

Un thrombus peut être la cause ou le résultat d'une artérite ou d'une phlébite ; elle peut être due à des changements dans le sang ou à des lésions dans les parois des vaisseaux comme à des dégénérescences. Osler a observé que dans la thrombose les globules du sang, étudiés par Bizzozero en 1882, Eberth et Schimmelbusch en 1888, sont les premiers des éléments sanguins qui s'accumulent sur les parois des vaisseaux pendant la coagulation et que les filaments de fibrine proviennent principalement de ces masses. Ils subissent une métamorphose visqueuse et une conglutination, comme l'a exposé Thoma.

Les thrombus formés dans les coupes que nous étudions ne sont ni entièrement les variétés rouges ni les variétés blanches, mais sont pour la plupart de nature hyaline, consistant en cellules, globules, filaments de fibrine, et une matière incolore semi-transparente, homogène. Ils ne sont pas infectés, quoique les thrombus hyalins soient généralement associés à une infection.

Il semblerait donc que dans la pulpe dentaire les changements chimiques du sang, outre l'arrangement peu habituel des vaisseaux terminaux, aidés par la vis à tergo qui amène naturellement un certain retard dans la circulation et par suite de la coagulation, sont les causes de l'atrophie, par la perte des influences atrophiques. Ces changements sont ceux qui sont subis par le sang par suite des dérangements du système tels que l'anémie, la chlorose, et ceux qui se produisent à la fin des maladies épuisantes.

On peut immédiatement repousser l'idée d'infection, car toutes les coupes que j'ai examinées provenaient de dents de jeunes et de vieux, dont l'aspect macroscopique semblait sain.

On sait que le sang des chlorotiques peut amener des maladies des parois des vaisseaux dues à la grande diminution des globules rouges, au nombre relativement grand de leucocytes et à la lenteur de leur mouvement le long des parois des vaisseaux. L'anémie et d'autres affaiblissements qui sont souvent la suite de fièvres et de maladies longues et débilitantes ont sans doute les mêmes effets sur le tissu vasculaire.

Les cas que je vous soumets ne présentent pas de calcification, ne sont pas accompagnés de dentine adventice ni de dégénérescence amyloïde ou graisseuse de la pulpe, et dans aucun des spécimens que j'ai

examinés je n'ai trouvé trace d'arthrite chronique, d'athérome, de phlébite, de varice anévrique.

Valeur clinique.

La connaissance des états pathologiques qui précèdent peut aider le dentiste dans l'accomplissement de sa tâche, car s'il essaye de coiffer la pulpe exposée malade, quelque soin qu'il apporte et quelque asepsie qu'il emploie, aucune dentine secondaire ou adventice ne guérirait la surface et les obstacles qui entourent la dévitalisation complète de la pulpe par l'acide arsénieux ou son extirpation indolore au moyen de l'anesthésie par compression deviennent manifestes et indiscutables. On sait que la thrombose et la fibrose ne peuvent se diagnostiquer pendant la vie, mais on peut toujours les soupçonner chez les patients faibles ou mal portants.

Cette connaissance peut peut-être expliquer la mort de la pulpe quand on ne peut constater aucune lésion évidente.

Enfin il est aisé de croire que quand le système sanguin de la pulpe est dérangé, il est privé de ses fonctions trophiques en ce qui concerne les tissus environnants. Les dents perdent leur vitalité accoutumée et deviennent plus sensibles aux influences et aux troubles extérieurs. Au début, restant en place, quoique atteinte par la fibrose, qui existe, tout en étant ignorée, la pulpe peut commencer à transmettre sa vitalité diminuée à la dentine et à la membrane péridentaire. La première est très probablement dépourvue de nutrition protoplasmique en totalité ou en partie et subit un changement plus ou moins chimique ou moléculaire et parfois morphologique. La seconde peut participer à la dégénérescence fibroïde qui tend tôt ou tard à ébranler les dents dans leurs alvéoles.

(*Dental Cosmos,* février 1907.)

REVUE ANALYTIQUE

Quelques notes sur la thérapeutique physique en dentisterie. — Enfoncement d'une dent temporaire dans le maxillaire. — Electrolyse professionnelle de la langue.

Quelques notes sur la thérapeutique physique en dentisterie.

Après avoir rappelé le rôle important de la médication physique en médecine générale, M. Greve signale un livre de Jean Schäffer sur *l'influence de nos mesures thérapeutiques sur l'inflammation*, où il retrouve la méthode qu'il a souvent préconisée. Les moyens physiques bien employés rendent des services précieux, ils remplacent avec avantage les médications dont on a l'habitude de se servir, notamment pour les périodontites à tous les degrés. Et pourtant on a souvent observé que la teinture d'iode par exemple n'agit que dans les périodontites légères, et que, à un degré plus avancé, elle provoque de fortes douleurs. C'est alors qu'on a recours aux lavages chauds et aux applications de glace. Ces observations cliniques répondent aux recherches scientifiques de Schäffer. Celui-ci trouve que la glace n'exerce qu'une influence très minime sur l'arrêt de l'inflammation. L'infiltration peut être empêchée quand l'emploi de la glace se fait continuellement et suit immédiatement l'application de l'agent producteur de l'inflammation. La chaleur est, au contraire, très efficace. Dans des cas de périodontite aiguë, elle diminue les douleurs, produit la résorption de l'infiltration ou accélère la formation du pus. L'auteur préconise et recommande des compresses humides chaudes ou même des cataplasmes, sauf dans quelques cas exceptionnels où il faut craindre la résorption rapide des toxines accumulées. Pour ses expériences, Schäffer introduit dans le tissu cellulaire des animaux, dans deux endroits symétriques, du catgut stérilisé imprégné d'une solution de nitrate d'argent ou de bactéries. Il traite un côté seulement. Au bout de quelque temps il prélève des fragments de deux côtés et les examine au microscope. Des compresses chaudes empêchent la formation de l'infiltration inflammatoire autour du fil introduit. Les leucocytes qui ont émigré sont emportés par le liquide lymphatique et sont détruits en partie. Il y a en outre une hyperhémie artérielle qui s'étend très profondément dans l'infection produite par le staphylocoque; les compresses chaudes appliquées sur l'endroit affecté font diminuer le nombre des microbes et les empêchent de se répandre dans le voisinage. Des compresses d'une température supérieure à 42° c. nuisent au contraire aux tissus. Des compresses à l'alcool agissent un peu moins.

L'auteur croit qu'à la suite de la destruction des leucocytes il se dégage du sang certaines substances antitoxiques qui entrent en action.

(GREVE, *Deut. Zahn. Woch*, 2 mai 1908.)

Enfoncement d'une dent temporaire dans le maxillaire.

Les cas d'enfoncement des dents dans la mâchoire sont très rares, les chocs que reçoivent les dents ayant pour conséquence la luxation ou la fracture d'une dent. L'auteur eut l'occasion d'observer un cas d'enfoncement d'une dent temporaire chez un enfant de trois ans, qui était tombé sur le dossier d'une chaise. A l'examen on remarquait l'absence de l'incisive centrale gauche. A sa place, la gencive avait l'aspect d'une plaie non cicatrisée comme on le voit à la suite des extractions. Un demi-centimètre environ au-dessus du bord gingival se trouvait un corps blanc de la dimension d'un pois, donnant l'impression d'une incisive en voie d'éruption. On examina aux rayons X et on trouva le diagnostic confirmé.

L'incisive centrale gauche déplacée était au-dessus des follicules des deux incisives centrales permanentes.

(Prof. Port, Heidelberg.)

Electrolyse professionnelle de la langue.

Cette affection se rencontre chez les électriciens, et plus particulièrement chez les ouvriers téléphonistes qui ont l'habitude de s'assurer avec la langue du passage du courant, de « goûter le courant ». En appuyant de chaque côté de la pointe de la langue avec les deux extrémités des fils reliés à la pile, ils recherchent la sensation de fourmillement, indice de la fermeture du circuit. En même temps est perçu à la cathode un goût particulier, dû à la production du chlorure cuivreux naissant.

A cause de l'intensité du courant et de la répétition fréquente de l'épreuve, les effets électrolytiques se manifestent nettement : picotements intermittents, puis permanents, siégeant à la pointe de la langue. A la face supérieure de celle-ci, de chaque côté du sillon médian, on voit des bandes blanchâtres analogues à du tissu cicatriciel, dirigées en arrière et en dedans. Vers la pointe, ces bandes s'unissent pour former de petites plaques. En même temps surviennent des troubles de la sensibilité au niveau des plaques et des bandes, la piqûre est vaguement sentie ; les sensations gustatives saline, sucrée ou acide, ne sont pas perçues.

(M. Philip, *Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1908, p. 39.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

Session de Clermont-Ferrand.

Séance du 4 août 1908.

Présidence de M. FRANCIS JEAN.

La séance est ouverte à 4 heures, dans une des salles du lycée Blaise Pascal.

M. Brodhurst demande la parole sur le procès-verbal de la dernière séance à propos d'une lettre qu'il adressa à la F. D. N. (page 560, paragraphe 3 du compte rendu, *Odontologie* du 30 juin 1908). Il fait remarquer que ce n'est pas l'Association du Centre qui a demandé qu'on le remplace, mais bien lui-même qui a demandé qu'on le relève momentanément de ses fonctions de secrétaire provincial.

Le Président répond que c'est un simple malentendu, qu'il regrette, et que pour donner satisfaction à M. Brodhurst son observation sera mentionnée au procès-verbal à titre de rectification.

M. Brodhurst excuse M. Sauvanet, d'Issoudun, qui n'a pu se rendre à la séance pour cause de maladie. Sur la proposition du *Président*, il est décidé d'envoyer une lettre de sympathie à M. Sauvanet.

La correspondance comprend :

1° Une lettre d'excuses de M. Delair, malade.

2° Une lettre de M. Fléty, de Dijon, annonçant l'adhésion de l'Association des dentistes de l'Est (A. D. E.) qui avait été différée jusqu'à l'assemblée générale de cette société.

Cette Association est admise comme adhérente à la F. D. N.

3° Une lettre de M. Audoux, du Cercle odontologique de France, annonçant qu'il fera connaître ultérieurement le montant de la participation du Cercle à la souscription Miller.

4° Une lettre de M. Barré, de Nantes.

5° Une lettre de M. Sauvez, vice-président de la F. D. I., mentionnant l'envoi du programme de la F. D. I. dont la réunion doit se tenir à Bruxelles, où vient de se fonder la F. D. N. belge, qui, comme la Fédération nationale française, adhère à la F. D. I.

6° Une lettre de l'Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique, demandant son admission dans la F. D. N., admission qui est prononcée.

Le Président fait remarquer que les nouvelles adhésions portent à

16 le nombre des groupements adhérant à F. D. N. Il se réjouit de ce succès, qui présage bien de l'avenir.

M. Godon demande que le président de la F. D. N. remplace au Conseil exécutif de la F. D. I. les membres absents. — *Adopté.*

A propos de la souscription pour le prix Miller, *M. Godon* pense qu'on pourrait appeler celui-ci une année prix Miller, une autre, prix Fauchard, une troisième année prix Wells, etc., de façon que chaque pays soit plus directement engagé à participer à cette fondation. On décide que cette question sera posée à la réunion de la F. D. I. à Bruxelles.

Le Président demande qu'une Commission soit réunie pour reviser les statuts qui ont vieilli et ne correspondent plus à la voie que suit maintenant la F. D. N. — *Adopté.*

Une commission est nommée, composée de MM. Barden, Blatter, Francis Jean, Franchette, Siffre.

M. Godon propose que la F. D. N. s'occupe d'organiser en avril 1909 une grande fête professionnelle. Il y aura en effet trente ans à cette date que fut fondé le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

Cette proposition est renvoyée au bureau.

La séance est levée à six heures.

Pour le secrétaire général,
A. BARDEN.

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Berlin, août 1909.)

Le Comité d'organisation du Congrès de Berlin vient d'informer M. Francis Jean président de la F. D. N. et du Comité de propagande qu'il prépare en ce moment un programme provisoire du Congrès en trois langues et que ce programme sera prêt très prochainement.

Le Comité a décidé qu'après l'ouverture officielle du Congrès et les discours des délégués des divers pays quatre orateurs, nommés un par la France, un par les Etats-Unis, un par l'Angleterre, un par l'Allemagne, parleront sur un sujet scientifique de leur choix, mais constituant une question importante des progrès réalisés en art dentaire.

Le Comité d'organisation demande également au Comité de propagande de lui indiquer les dentistes français désireux de présenter des communications et de prendre une part active au Congrès.

Les confrères français dans ce cas sont donc priés d'en informer M. Francis Jean, 35, rue Tronchet, Paris.

Une réunion du Comité de propagande aura lieu le mardi 20 octobre au siège de la F. D. N., 28, rue Serpente.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN ESPAGNE, EN PORTUGAL ET DANS L'AMÉRIQUE LATINE

Rapport présenté par O. Amoedo.

A la F. D. I., session de Bruxelles, août 1908.

Désirant donner à ce rapport le caractère le plus authentique possible, j'ai adressé aux professeurs chargés de l'Enseignement dentaire en Espagne, en Portugal et dans l'Amérique latine la lettre suivante :

Paris, le 17 mars 1908.

Monsieur,

Ayant promis à la Fédération dentaire internationale, pour la session qui aura lieu en août 1908, à Bruxelles, un rapport sur l'Enseignement dentaire en Espagne, en Portugal et dans l'Amérique latine, je vous prie d'avoir l'amabilité de me communiquer le plus tôt possible les indications suivantes :

1° Quelles sont les études préliminaires qu'on exige des étudiants avant d'entrer à l'Ecole dentaire? Le baccalauréat est-il requis ?

2° Combien exige-t-on d'années d'études, et quelles sont les matières étudiées ?

3° Les études sont-elles officielles à l'Université ou se font-elles dans une école libre ?

4° Quelles sont les formalités requises des diplômés à l'étranger qui désirent exercer leur profession dans votre pays ?

Je vous serais bien reconnaissant si vous vouliez bien me donner les plus amples détails, ainsi que le nom des professeurs, etc.

Dans l'attente d'une prompte réponse, je vous envoie mes remerciements anticipés, et vous prie d'agréer, cher collègue, l'assurance de ma distinguée considération.

Cette lettre n'a pas été adressée, ce qui aurait été inutile, aux pays dont l'enseignement dentaire est encore trop élémentaire ou presque nul ; ces pays sont : Saint-Domingue, Guatemala, San-Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa-Rica, Panama, Venezuela, Equateur, Bolivie et Paraguay.

Je me suis seulement adressé aux pays ci-après : Espagne, Portugal, Mexique, Cuba, Colombie, Brésil, Uruguay,

Argentine, Pérou et Chili ; de tous j'ai reçu une prompte réponse, et mon premier acte sera d'envoyer l'assurance de ma gratitude à MM. Aguilar (Espagne), Bomfin (Portugal), Rojo (Mexique), Calvo (Cuba), J. Carrasquilla et Pareja (Colombie), Laguardia et A. Sierra (Uruguay), Etchepareborda (Argentine), Salazar (Pérou) et Valenzuela (Chili).

Suivant ce même ordre, je ferai une revue détaillée des lois et plans de l'enseignement dentaire de chacun de ces pays, et tâcherai ensuite de faire un résumé de leur enseignement.

ESPAGNE

D'après une ordonnance royale de l'année 1875, fut créé en Espagne et dans les colonies espagnoles (Porto-Rico, Cuba et Philippines) le titre de chirurgien-dentiste.

Les aspirants à ce titre devaient passer un examen devant un jury composé de trois professeurs de la Faculté de médecine et de deux chirurgiens-dentistes.

Dans ce pays l'enseignement préalable pour les aspirants aux études de chirurgien-dentiste n'avait jamais été organisé ; il existait seulement un collège fondé et dirigé par M. Cayetano Trevino, à Madrid, de peu d'importance et d'une très courte existence.

A l'Université de la Havane (possession espagnole jusqu'en 1898) les études dentaires ont été suivies avec plus de régularité qu'à l'Université centrale de Madrid, comme j'aurai l'occasion de le démontrer en traitant de l'Enseignement dentaire à Cuba.

Bien qu'il n'ait existé aucun enseignement privé ou officiel à Madrid, l'Université centrale a décerné, de l'année 1875 à l'année 1901, 629 diplômes de chirurgiens-dentistes ; l'année 1900 figure avec 51 diplômes et 1901 avec 150 !

Cette situation devenait de jour en jour moins compatible avec les progrès considérables qu'avaient réalisés les dentistes espagnols, lesquels possédaient des Sociétés scienti-

fiques, une presse professionnelle à la hauteur des meilleures des autres pays, et qui organisaient des Congrès odontologiques.

Désirant acquérir du Gouvernement un enseignement officiel, les membres du Cercle odontologique de Barcelone et ceux de la Société odontologique espagnole de Madrid, assemblés en commission, et ayant à leur tête M. F. Aguilar, ont réussi à obtenir la création officielle des études dentaires et celle du titre d'odontologiste comme cela se trouve consigné dans le décret royal suivant :

« *Ordre royal du 21 mars 1901, par lequel fut créé l'enseignement officiel de la profession d'odontologiste.*

Excellence : Vu la pétition de M. Florestan Aguilar, au nom des chirurgiens-dentistes, et les rapports des professeurs et du Conseil de la Faculté de médecine et de l'Université centrale.

S. M. le Roi, et en son nom la Reine régente du royaume, ont bien voulu ordonner ce qui suit :

1° Créer à la Faculté de médecine deux chaires supplémentaires : l'une théorique et pratique d'odontologie, et l'autre de prothèse dentaire, pourvues toutes deux du matériel et de tout ce qui est nécessaire à cet enseignement; ces chaires seront confiées à des professeurs dentistes, dans les conditions et avec les appointements à déterminer par le Ministre ;

2° Pour s'inscrire à ces cours, il sera indispensable d'avoir fait ses études de médecine jusqu'à la deuxième année ;

3° L'examen se passera devant un jury ainsi constitué : un professeur titulaire de médecine, le professeur de la matière pour laquelle le candidat sera examiné, et un professeur auxiliaire de la Faculté de médecine ;

4° Les candidats reçus aux deux examens, pour obtenir leur diplôme, qui sera celui d'*odontologiste,* auront à subir une nouvelle épreuve devant un jury composé de deux professeurs titulaires, des professeurs d'odontologie et de prothèse dentaire, et d'un professeur auxiliaire de la Faculté de médecine ;

5° Le diplôme d'odontologiste n'autorise le titulaire qu'à soigner les dents, traiter leurs maladies et construire des pièces de prothèse dentaire. Les licenciés en médecine pourront, comme jusqu'ici, exercer sans diplôme spécial l'odontologie ; mais pour construire les pièces de prothèse dentaire, ils auront à subir le nouvel examen de prothèse dentaire et avoir été admis.

Par ordre royal, je le transmets à votre Excellence pour sa connaissance et autres effets. Dieu garde votre Excellence.

C. de Romanones.

Madrid, 21 mars 1901.

A Monsieur le Président du Conseil de l'Instruction publique. »

« *Ordre royal du 2 août 1901* par lequel fut arrêté ce qui suit :

1° Dès la prochaine année académique, les examens tels qu'ils existaient sous l'ancien régime seront supprimés, l'ordre royal précité restant en vigueur ;

2° Dans le budget du Ministère sera inscrite la somme de 1.500 pesetas pour faire face aux frais du matériel de cet enseignement ;

3° Le Rectorat de l'Université centrale prendra les mesures nécessaires afin que les inscriptions des élèves de cet enseignement se prennent dans les périodes ordinaires ; on pourvoira aussi à tout ce qui a égard au local dans lequel doit avoir lieu l'enseignement des nouvelles matières à enseigner. »

« *Ordre royal du 23 août 1901* ordonnant que les droits d'inscription et d'examen à verser par les élèves des chaires supplémentaires d'odontologie et de prothèse dentaire, créés à la Faculté de médecine, à l'Université centrale par ordre royal du 21 mars dernier, seront les mêmes que ceux correspondant à ladite Faculté. »

Indications intéressant les élèves en odontologie. — Plan d'études.

La profession d'odontologiste, créée par l'ordre royal du 21 mars 1901, peut se préparer en suivant les cours pendant quatre années de l'enseignement officiel qui comprend 14 matières divisées dans l'ordre suivant :

Etudes préparatoires.

Premier cours. — Physique générale. — Chimie générale. — Minéralogie et botanique. — Langue allemande (5 matières).

Etudes de médecine.

Second cours. — Premier groupe : Anatomie descriptive (1er cours). — Histologie et histochimie normales. — Dissection (1er cours) (3 matières).

Second groupe : anatomie descriptive (second cours). — Dissection (second cours). — Physiologie humaine théorique et expérimentale (trois matières).

Études spéciales.

Un cours : odontologie et sa clinique. — Prothèse dentaire et sa clinique (deux matières).

Pour commencer les études le *titre de bachelier* est nécessaire. Les matières de l'année préparatoire et celles des études de médecine peuvent être apprises dans toutes les Universités d'Espagne. Celles qui correspondent aux études spéciales peuvent être apprises seulement dans la section d'Odontologie de la Faculté de Madrid.

Une fois reçus aux examens de ces matières, les élèves peuvent obtenir le titre d'*Odontologiste* moyennant un examen de validation qui portera sur toutes les matières de la carrière, et qui sera subi par un jury composé de trois professeurs de médecine et des deux professeurs d'odontologie et prothèse dentaire. Cet examen de validation se compose de quatre épreuves, à savoir : 1° examen pratique de prothèse ; 2° examen pratique de dentisterie opératoire ; 3° épreuve écrite sur un sujet d'odontologie tiré au sort ; 4° examen oral sur toutes les matières de la carrière.

Les licenciés en médecine qui aspirent à exercer la profession d'odontologiste doivent prouver qu'ils ont passé les examens de prothèse dentaire.

Professeurs.

Odontologie et clinique........	M. Florestan Aguilar.
Assistant.....................	M. B. Landete.
Prothèse dentaire............	M. Manuel Cuzzani.

Dispositions en vigueur intéressant les élèves.

1° *Dispositions générales relatives à l'inscription.* — Les inscriptions se divisent en ordinaires et extraordinaires, selon qu'elles sont prises dans le mois de septembre ou d'octobre.

Les registres des inscriptions de chaque cours seront fermés le 31 de ce dernier mois.

Les élèves qui, pour quelque motif, ne seront pas inscrits dans le mois de septembre, pourront l'être dans celui d'octobre en versant double droit. Les droits d'inscriptions seront versés dans le même délai, en même temps que se prendront les inscriptions respectives.

2° *Droits d'inscriptions et d'examens.* — Les sommes qui doivent être versées sont les suivantes :

Pour l'inscription : 20 pesetas en papier spécial de versement à l'Etat et 2 pesetas 50 centimes en monnaie plus un timbre mobile pour chaque matière.

Pour les droits académiques : 10 pesetas de papier spécial de ver-

sement à l'Etat, et un timbre pour chaque matière. (Ce versement se fait dans le mois de mai.)

Pour les droits de l'Ecole pratique : 5 pesetas par matière pour frais de laboratoire.

Examen de validation : 50 pesetas pour droits de l'examen final de la carrière.

Pour le titre d'Odontologiste : 230 pesetas en papier spécial de versement à l'Etat, et 2 pesetas 50 centimes en monnaie.

3° *Caducité des inscriptions.* — Le premier octobre de chaque année, tous les droits versés pour les inscriptions au cours qui finit la veille, sont périmés, et les élèves qui à cette date ne se seraient pas présentés à l'examen, ainsi que ceux qui auraient été refusés, devront prendre de nouvelles inscriptions pour les cours suivants.

Assistance aux cours. — L'assistance au cours est obligatoire pour les élèves officiels.

Les professeurs noteront journellement l'absence des élèves aux classes.

Quand un élève, sans justifier préalablement son absence, manquera seize jours pendant toute l'année académique, ou dix jours consécutifs, il sera rayé, et ne pourra être examiné en juin.

Quand, en vue de devancer les vacances, ou pour quelque autre cause, les élèves se refuseront collectivement à entrer en classe, les professeurs respectifs feront la leçon à ceux qui seront présents, même s'ils sont en très petit nombre, et compteront double absence aux autres.

Le professeur appréciera librement si l'absence est collective ou non.

Si tous les élèves se sont abstenus d'entrer en classe, ils seront passibles de double faute pour absence ; ceux qui auront les matricules d'honneur les perdront, ainsi que les préférences aux examens. Ceux qui auront les matricules d'honneur pour pouvoir être examinés en juin, devront verser le montant de ces matricules.

Si l'absence collective se répète le jour suivant, tous les manquants seront admonestés et il leur sera compté une double absence.

Le cours officiel commence le 1er octobre et finit le 30 mai. Les examens des élèves officiels commencent le 22 mai. Les classes sont journalières pour les matières d'odontologie et de prothèse dentaire. Les leçons d'odontologie sont *théoriques* les lundi, mercredi et vendredi ; et *cliniques* les mardi, jeudi et samedi. Ces jours-là les élèves traiteront sous la direction du professeur et de son assistant, les malades de la clinique.

La salle de la clinique dentaire de la Faculté de Madrid est pourvue de tout ce qui est nécessaire pour le travail des élèves : fauteuil Wilkerson, tours dentaires, collection de daviers, appareils de stérilisation, etc., à l'usage des étudiants.

Pour traiter les malades de la clinique, les élèves doivent être revêtus d'un veston de toile blanche.

Depuis que le nouveau plan d'études existe (1902 à 1908) 30 aspirants seulement ont obtenu le titre d'odontologiste.

Le recrutement et la préparation des dentistes espagnols actuels sont infiniment supérieurs en qualité à ceux des anciens chirurgiens-dentistes ; mais au point de vue des nécessités de l'Espagne ce chiffre est par trop restreint, puisque c'est le pays qui possède le moins de dentistes, comme on pourra s'en rendre compte par la statistique suivante[1] :

	Habitants.	Dentistes.	o/o
Etats-Unis.....	62.622.000	17.498	1 pour 3.579
Angleterre.....	37.888.000	4.509	1 » 7.755
Allemagne.....	46.840.009	5.200	1 » 9.007
France........	38.218.000	2.683	1 » 14.074
Espagne.......	17.650.000	527	1 » 33.620

Ce qui donne par 100.000 habitants dans les États-Unis, 29 dentistes ; en Angleterre, 12 ; en Allemagne, 11 ; en France, 7 ; et en Espagne 5 seulement.

Au point de vue des connaissances que doit posséder un dentiste pour pouvoir affronter avec tranquillité la responsabilité d'une clientèle, je crois que le plan d'études en Espagne est encore insuffisant et que les aspirants au titre d'odontologiste devraient suivre en plus un cours de pathologie générale, ainsi que le cours de thérapeutique et matière médicale, à la Faculté de médecine, avant d'embrasser à notre spécialité,et de cette manière le professeur pourrait consacrer son cours à l'étude exclusive de l'odontologie.

EN RÉSUMÉ :

Etudes préliminaires....	Baccalauréat.
Durée des études.......	4 ans (une préparatoire, deux de médecine et une d'odontologie).
Examen d'odontologie...	4 épreuves : 1° Deux pratiques (dentisterie opératoire et prothèse). 2° Epreuve écrite sur un sujet d'odontologie, tiré au sort. 3° Examen oral sur toutes les matières de la carrière.
Diplôme	*Odontologiste.*

1. Aguilar, *L'Odontologie* aux États-Unis.

PORTUGAL

L'enseignement dentaire n'est pas organisé en Portugal. Ainsi, pour y exercer la profession de dentiste, il faut posséder le titre de médecin, décerné par une des trois Facultés de médecine portugaises (Lisbonne, Porto, Coïmbre); ou bien posséder le diplôme de *Dentiste*, obtenu dans l'une de ces écoles. Pour obtenir ce diplôme, comme il n'existe aucun enseignement officiel, l'aspirant doit recourir à un professeur particulier pour apprendre l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique dentaires. Quand il se croit capable, il demande à passer l'examen dans une des écoles susmentionnées. Cette demande doit être accompagnée des documents suivants :

1° Certificat d'études primaires et d'examen de français ;

2° Acte de naissance ; le candidat doit avoir 21 ans révolus ;

3° Casier judiciaire et certificat de bonne conduite religieuse;

4° Certificat médical attestant qu'il n'est pas atteint de maladies contagieuses ;

5° Livret militaire.

Une fois ces documents examinés, les conseils universitaires nomment un jury composé de trois professeurs médecins, lesquels interrogent les candidats pendant une heure. Ceci constitue l'examen théorique. Le seul exercice pratique exigé consiste à extraire trois dents à un cadavre.

Le *diplôme de dentiste* ainsi obtenu ne confère que des attributions très restreintes.

Le diplômé étranger qui désire exercer en Portugal doit remplir des mêmes formalités; son diplôme étranger est seulement reconnu comme équivalant au certificat d'études primaires.

RÉSUMÉ.

Etudes préliminaires....	Etudes primaires et examen de français.
Durée des études.......	Néant.
Examens	1 oral ; 1 pratique.
Diplôme	*Dentiste.*

(A suivre.)

LE NOUVEAU CODEX FRANÇAIS

La nouvelle édition de la *Pharmacopie française* (Codex) qui vient de paraître, contient d'importantes modifications dans la teneur d'un grand nombre de préparations, et les doses des composants. Ces modifications sont appliquées par les pharmaciens depuis le 15 septembre 1908.

Quelques-unes de ces préparations intéressent particulièrement les dentistes :

La **Teinture d'iode** est dorénavant préparée *au dixième*, avec l'alcool à 95° ; celle du précédent Codex était au treizième avec l'alcool à 90°. La nouvelle teinture d'iode, employée en badigeonnages, présente donc une *activité plus grande* que l'ancienne ; il faudra parfois en surveiller l'action.

Le nouveau **Soluté de chlorhydrate de cocaïne** pour injections hypodermiques, moitié moins actif que l'ancien, ne renferme plus que le *centième* de son poids, au lieu du *cinquantième*.

L'eau distillée de laurier cerise qui entre dans un certain nombre de formules de solutions antiseptiques pour les bains de bouche est *deux fois plus active* que celle de la Pharmacopie de 1884. Elle renferme dix centigrammes d'acide cyanhydrique pour 100.

La **liqueur de Van Swieten** (soluté de chlorure mercurique) ne renferme plus d'alcool. Le dosage au millième ayant été conservé ; le posologie ne varie pas.

BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der Zahnheilkunde.

L'éditeur Alfred Hölder, Rotenthurmstrasse, 13, Vienne, publie en ce moment la troisième édition du *Handbuch der Zahnheilkunde*, par le Dr Julius Scheff, en 36 fascicules, paraissant une ou deux fois par mois et coûtant chacun 2 marks 20.

Plusieurs savants et de bons praticiens y ont collaboré.

L'exemplaire du premier fascicule que nous avons sous les yeux est un traité d'anatomie et d'embryologie buccale de Zuckerkandl. L'auteur passe en revue toute l'anatomie de la bouche et s'arrête longuement sur la description des dents des deux dentitions.

L'ouvrage se distingue par une description claire et précise qui tient l'attention du lecteur en éveil.

Cet ouvrage n'est pas seulement utile pour l'étudiant, mais il est précieux pour le chirurgien-dentiste, qui y trouvera tous les renseignements scientifiques et pratiques. Les autres fascicules traitent de l'histologie des dents, physiologie, bactériologie, pathologie, dentisterie opératoire, prothèse, etc.

SOMMER.

Manuel de conversation pour la profession dentaire.

Par M. PAUL DE FERRA,
Chirurgien-dentiste à Zurich.

FERDINAND ENKE, éditeur, Stuttgart.

Le livre très intéressant de M. Ferra est indispensable à tous ceux qui suivent la littérature étrangère. On se heurte quelquefois à des mots, à des expressions scientifiques difficiles à traduire et dont on ne pouvait trouver jusqu'à maintenant l'explication dans aucun dictionnaire.

Ce livre est divisé en deux parties. La première partie est un vocabulaire des termes les plus usités, écrits en quatre langues. Termes physiques, termes chimiques, termes anatomiques, termes pathologiques et chirurgicaux, médicaments, dentisterie opératoire et prothétique. La seconde partie est le manuel de conversation en quatre langues aussi et qui facilite au dentiste ses relations avec ses patients étrangers, lorsqu'il est obligé d'employer des termes professionnels. C'est une heureuse idée qu'a eue l'auteur de remplir la lacune de notre littérature.

SOMMER.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de Mme Lee, épouse de notre confrère Henry Lee, de Reims.

Nous adressons à M. Lee et à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Exposition de Londres.

Le Jury de la classe 16 a commencé ses opérations le mardi 15 septembre et a examiné avec intérêt l'exposition de l'Ecole dentaire de Paris, organisée par M. L. Lemerle, vice-président, délégué à cet effet. Cette exposition lui a été présentée par M. Georges Villain, secrétaire du Conseil de direction.

Distinctions honorifiques.

Nous apprenons avec plaisir que les palmes d'officier d'Académie ont été données à nos confrères Geo. Roussel, de Paris, et Bouvet, d'Angers.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Nouveau Journal.

Nous avons reçu le premier numéro d'un journal brésilien publié à Rio de Janeiro sous le titre *A odontologia*. C'est une revue mensuelle, organe de l'Association brésilienne des chirurgiens-dentistes.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Erratum.

Nous avons omis de mentionner que l'article *Le tératodontographe* publié p. 198 dans notre dernier numéro est une communication de notre confrère Subirana faite en août dernier à la session de Bruxelles de la F. D. I.

Mariage.

Le 1er octobre prochain sera célébré, à la mairie du XVIe arrondissement, le mariage de deux élèves de l'Ecole dentaire de Paris, M. Max Renhold, frère de notre excellent confrère, M. Michel Renhold, chef de clinique et membre du Conseil de direction de l'Ecole, avec Mlle Germaine Dreyfus. Nous adressons nos meilleurs vœux de bonheur aux futurs époux.

Société odontologique de Montevideo.

Dans l'assemblée générale tenue le 17 juillet dernier, le Bureau de la Société odontologique de Montevideo a été constitué de la façon suivante :

Président : M. A. Capella y Pons.
Secrétaire : M. E. Cardellino.
Trésorier : M. J. Burnett.
Bibliothécaire : M. Morales-Herrero.
Membres : MM. U. Morales ; R. Bonaba.

La Société tient ses séances à l'Ateneo.

" Apollon " Salon des professions médicales.

Un comité composé des Drs Barbillon, Cabanès, Cocquelet, Gaston Doin, Léon-Petit, M. Marx et de M. François Ferrand, vient de se former pour faire une manifestation artistique :

1° Par des expositions annuelles des œuvres de ses membres ;
2° Par des conférences ;
3° Par des concerts, fêtes, etc. ;
4° Par une exposition rétrospective de l'art dans la médecine.

Le Comité s'adresse à tous les docteurs, dentistes, pharmaciens et vétérinaires qui s'adonnent à l'art.

La Société est composée de membres actifs payant une cotisation annuelle de 10 francs par an ; de membres d'honneur payant une cotisation de 20 à 100 francs et les membres bienfaiteurs une cotisation de 100 à 500 francs.

Les bénéfices de la Société sont affectés *aux soulagements des misères professionnelles* et à encourager les manifestations artistiques.

Son siège est provisoirement 6 *bis*, rue de Châteaudun, chez M. Fr. Ferrand, qui reçoit les adhésions.

28e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE PROBLÈME DE L'ACIDE URIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LES INFLAMMATIONS PÉRICÉMENTAIRES

Par J. ENDELMANN, de Philadelphie.

(Communication à la Société Odontologique de New-York, 18 février 1908.)

Je me propose de traiter certaines phases de l'étiologie, de la pathologie et du traitement de cette forme de pyorrhée alvéolaire désignée sous les noms de pyorrhée diathésique, pyorrhée goutteuse, péricémentite phagédénique et péricémentite pyo-destructive et d'aborder une forme d'atrophie péricémentaire sénile qui n'a qu'un point de commun avec la véritable forme de cette maladie c'est que l'une et l'autre peuvent amener la perte des organes atteints.

Il est superflu de mentionner les raisons sur lesquelles est basée la classification de la pyorrhée en : pyorrhée diathésique et pyorrhée locale acceptée généralement. On peut abandonner actuellement la controverse qui a existé dans le passé entre les partisans de la théorie de l'étiologie dualiste et ceux qui attribuent la maladie à des causes purement locales, en raison des recherches entreprises par des hommes dont les noms sont bien connus en dentisterie.

Si l'on peut admettre que nous sommes tous plus ou moins d'accord sur les facteurs essentiels de la pyorrhée alvéo-

laire, il n'en est pas de même de la série des phénomènes initiaux responsables des troubles inflammatoires dans la forme diffuse de la pyo-péricémentite (pyorrhée alvéolaire) ou dans la forme circonscrite de la pyo-péricémentite (l'abcès péricémentaire).

L'étude des inflammations d'origine bactérienne dans une région du corps est inséparable de celle des tissus intéressés, leur irrigation sanguine et lymphatique, leur innervation, la cause irritante et les changements anatomiques qu'elle provoque. Il n'y a pas lieu de décrire les caractères anatomiques, macro ou microscopiques, etc., de la région particulière qui nous occupe, car ils sont connus de tous ; mais il n'est pas hors de propos de considérer un instant la question si discutée de la présence ou du manque de tissu lymphatique dans le péricément, car des structures épithéliales comme celles qui ont été découvertes dans cette membrane sont sans aucun doute un facteur important, quoique passif parfois, dans la marche de l'inflammation. J'ai exposé ailleurs mon opinion sur les structures que Black appelle glandulaires et cette opinion est suffisamment justifiée pour que je me permette de la répéter en me référant de nouveau aux études concluantes de Malassez qui a définitivement établi la nature exacte des groupes de cellules signalées à maintes reprises comme les glandes du péricément. Malassez, après des recherches histologiques approfondies, est arrivé à la conclusion que ces amas cellulaires ne sont pas, dans un sens, des éléments constitutifs normaux du péricément, mais des groupes de cellules épithéliales qui se sont séparées de l'organe de l'émail et engagées dans le réseau des fibres péricémentaires. En conséquence, elles doivent être envisagées comme des éléments anormaux et souvent elles donnent lieu à des formations kystiques présentant l'aspect d'abcès apicaux ou péricémentaires. Comme il sera nécessaire de reparler de ces amas cellulaires en nous occupant de l'étiologie de la pyorrhée, il n'y a pas lieu de s'y étendre plus longuement à présent.

La forme diathésique de la pyorrhée est caractérisée par le cours de la maladie, qui, contrairement à la pyorrhée locale, prend naissance quelquefois dans le tiers apical de la racine et chemine ou s'étend vers le bord gingival. Il a été difficile d'expliquer le développement d'un foyer d'inflammation dans cette partie de la membrane péricémentaire plutôt que sur un point plus voisin de ce bord. Cependant, grâce aux études de Kirk, Pierce, etc., nous pouvons aujourd'hui expliquer, d'une manière qui paraît satisfaisante, quelques-uns des stades de l'évolution pathologique incomplètement connue jusqu'ici.

Le premier phénomène qui appelle notre attention dans l'histoire du développement de la pyorrhée alvéolaire diathésique, c'est le dépôt de sels uratiques à la surface apicale de la racine. Il est d'évidence manifeste qu'il se produit dans cette partie de la racine, certains changements qui ne surviennent pas dans le reste de l'organe, car, s'il n'en était pas ainsi, nous ne pourrions pas expliquer le fait que ces dépôts se rencontrent invariablement près de la région apicale de la racine plutôt que sur tout autre point situé entre la membrane péricémentaire et la racine.

La théorie que je me hasarde à exposer pour expliquer cette phase de l'étiologie de la maladie en question, est le résultat de plusieurs années d'observations, et, bien que je ne puisse affirmer qu'elle s'applique à tous les cas, je crois cependant qu'elle explique d'une manière satisfaisante dans la grande majorité des cas, un phénomène auquel il n'a été prêté que peu d'attention dans le passé, bien qu'il se rattache directement à la prophylaxie et au traitement de cette maladie.

Si l'on se reporte aux articles de Pierce, on constate que, pour lui, « le dépôt de la matière goutteuse est déterminée par un état anormal de la membrane, un état de vitalité amoindrie, le résultat d'une irritation mécanique ou autre qui la prédispose à l'infiltration » et que « l'opinion d'Ebstein touchant le dépôt de sels uratiques est généralement admise ». La première partie de cette explication est incom-

plète, parce qu'elle néglige de tenir suffisamment compte de la présence de dépôts uratiques sur la portion apicale de la racine. Quant à la seconde partie, malgré sa source, nous sommes obligé de la repousser en raison des études et des observations amenant plutôt à la conclusion que, si la théorie d'Ebstein peut être admise comme exacte dans certains cas où la pyorrhée est provoquée indirectement par les désordres de nutrition chez les individus syphilitiques, artérioscléreux ou atteints d'autres troubles vasculaires, elle ne peut l'être dans la catégorie des cas que nous examinons.

Ceci posé, il est nécessaire d'établir clairement, maintenant que nous repoussons l'opinion de quelques-uns qui pensent que toutes les formes de pyorrhée diathésique sont d'origine goutteuse. L'observation clinique montre en effet qu'il existe beaucoup d'autres facteurs étiologiques et, en conséquence, les idées exposées ici s'appliquent exclusivement à cette forme de pyorrhée qui se développe chez les diathésiques goutteux, et non à ces formes d'inflammations péricémentaires qui se manifestent comme complications de troubles rénaux et pulmonaires, non plus qu'à cette forme de déchaussement des dents causée par des troubles de la circulation, l'artério-sclérose, l'athérome, etc. Dans ce dernier groupe de maladies, la perte de la dent est le résultat d'une véritable atrophie de la membrane péricémentaire due à ce que, le péricément étant un organe terminal, sa nutrition est grandement amoindrie par des changements anormaux dans l'appareil circulatoire, même avant que ces troubles circulatoires arrivent à la phase où ils entraînent des manifestations plus sérieuses dans un des organes essentiels de l'organisme.

En général, la diathèse goutteuse ou, comme cela est mieux décrit chez les auteurs français, la diathèse arthritique est un état caractérisé par la présence dans le sang et les tissus d'un excès des produits de l'oxydation incomplète des protéines sous la forme de bases xanthines, de composés d'acide amido et d'acide urique. Normalement, les produits de décomposition des protéides, comme l'acide

urique (en petites quantités) et l'urée, sont sécrétés par les reins et éliminés sans troubler l'équilibre des fonctions. S'il y a suralimentation de produits azotés ou incapacité du foie d'amener l'oxydation des débris azotés jusqu'à la phase de l'urée, les bases xanthines, les acides amido et l'acide urique restent dans la circulation et donnent naissance à la série de troubles désignés collectivement comme rentrant dans la diathèse de l'acide urique. Il n'est pas aisé d'arriver à une conclusion satisfaisante basée sur des faits chimiques et pathologiques touchant l'action de l'oxydation incomplète des produits du métabolisme protéide. On sait que quelques-uns des antécédents de l'acide urique, comme la xanthine, l'hypo-xanthine et la guanine, ne sont pas toxiques, et que d'autres, comme l'hétéro-xanthine, la paraxanthine et l'adénine, sont toxiques; on sait que l'acide urique est insoluble mais que ses sels sont plus ou moins solubles dans un milieu alcalin ; l'urée, au contraire, est extrêmement soluble et elle est aisément éliminée par les reins et excrétée comme un des constituants de l'urine. Mais, quoique, au point de vue chimique, nous ignorions l'influence pathologique de ces composés, au point de vue clinique on a déjà expliqué beaucoup de choses d'une manière satisfaisante, notamment Haig, de Londres, qui, dans une série d'articles très démonstratifs et dans son ouvrage plus complet de 1894, a clairement montré le rôle de l'acide urique dans la maladie. Cet auteur, dans une série d'expériences sur lui-même, a prouvé que, quand le rapport de l'acide urique à l'urée est supérieur à la moyenne pour des sujets sains, il se produit des troubles sérieux. De ces expériences et des résultats obtenus jusqu'à présent par d'autres sources, on peut conclure que l'acide urique est toxique par lui-même et que, non combiné ou combiné avec les bases sodium, calcium, magnésium ou ammonium, il donne un si faible degré de pression osmotique qu'il favorise sa rétention dans le sang et les tissus et retarde notablement son passage dans le filtre rénal, qui l'élimine rapidement lorsque, dans un milieu sain, il est produit en très petite quantité. L'urée est un composé très

soluble qui passe aisément par les vaisseaux capillaires rénaux et est ainsi aussitôt éliminée dans l'urine.

De plus, la solubilité et les facteurs de l'osmose ne sont pas seuls à considérer à cet égard, car l'irritation mécanique provoquée par la seule présence de ces corps est susceptible d'amener des changements anormaux dans les tissus avec lesquels ils viennent en contact, en particulier dans les structures nerveuses plus sensibles. L'insuffisante transformation des produits du métabolisme protéide qui n'arrive pas jusqu' à la phase de l'urée, est attribuée à une oxydation insuffisante ; c'est pourquoi la diathèse goutteuse ou arthritisme est parfois qualifiée aussi de diathèse de suboxydation. Il est probable cependant que l'oxydation des précurseurs de l'acide urique et celle de l'acide urique lui-même en urée ne sont pas un processus direct, c'est-à-dire un processus dans lequel l'oxygène de l'atmosphère oxyde directement et transforme l'acide urique en urée, car, comme l'a montré Bunge, chez les oiseaux, qui de tous les animaux ont la respiration la plus active, la totalité de l'azote quitte le corps sous forme d'acide urique. De plus, si la transformation de cet acide en urée était le résultat d'une oxydation directe, l'émission d'urée serait grandement diminuée et celle de l'acide grandement augmentée ; mais, au contraire, on a constaté que, dans ces affections, les rapports de l'acide urique à l'urée varient dans les mêmes limites que pour les individus sains. Il serait donc plus raisonnable d'admettre que l'oxygène est indirectement un facteur dans la production de l'urée par son action stimulante sur les tissus hépatiques, le foie étant, d'après les connaissances actuelles, l'organe dans lequel se produit la transformation chimique de l'acide urique en urée.

Récapitulons maintenant nos remarques sur l'étiologie de la goutte pour pouvoir signaler nettement les changements qui se produisent dans les tissus qui nous occupent :

1° La diathèse goutteuse est caractérisée par le métabolisme incomplet d'aliments azotés ou des protéides emmagasinées dans le corps ;

2° Le métabolisme incomplet peut atteindre la phase de

la formation d'acide urique ou s'arrêter à un point quelconque de l'action chimique avant l'apparition de l'acide urique ;

3° Quelques-uns des précurseurs de l'acide urique et l'acide urique lui-même sont des poisons protoplasmiques ;

4° Tout l'acide urique formé circule dans le sang sous forme de sels de soude, de calcium, de magnésie et d'ammoniaque ;

5° Le foie est sans doute l'organe où l'acide urique se tranforme en urée. La stimulation hépatique a donc la plus grande importance dans le traitement de la goutte ;

6° L'acide urique est retenu dans la circulation en raison de sa faible pression osmotique, à l'encontre de ce qui se passe dans l'urée.

On sait que les urates sont maintenus en solution dans le sang en vertu de l'alcalinité de ce fluide et qu'ils sont précipités par des acides ou du moins par des substances ayant un degré d'alcalinité moindre que celui du dissolvant dans lequel elles se trouvent. Schecle, dès 1776, découvrit que les concrétions urinaires sont dissoutes par des alcalis et précipitées par des acides. J'ai émis l'opinion dans un écrit antérieur [1] que l'application de ces faits à ce qui se passe dans le péricément pourrait servir à expliquer le phénomène de la formation de dépôts sanguins ou de dépôts uratiques sur les racines des dents et, depuis, de nouvelles études et de nouvelles observations m'ont permis de corroborer l'étiologie du facteur en question.

Si, comme cela a été déjà dit et comme c'est le cas, les sels uratiques sont précipités de préférence en un point de la région apicale de la racine, il s'ensuit que à cet endroit les fluides et tissus doivent avoir un degré d'alcalinité moindre que celui du sang. Ce point est de la plus haute importance quant à la prophylaxie et au traitement de l'affection en question. Il y a plusieurs années, dans une étude détaillée sur la pyorrhée, cette phase de son étiologie fut signalée à

1. Dépôts uratiques sur les racines des dents. *Dental Cosmos*, août 1905, p. 935.

mon attention par suite de l'absence de toute indication de ce phénomène initial dans la littérature, bien que la méthode de traitement préconisée récemment soit basée sur les phénomènes que j'expose maintenant en les interprétant.

Ordinairement, c'est-à-dire dans les conditions de repos ou d'activité légère, toutes les articulations, leurs ligaments, les membranes synoviales, les cartilages articulaires et les liquides dans lesquels ils baignent ont une réaction alcaline ; d'autre part, dans l'état d'activité, la réaction se change aussitôt en une autre d'alcalinité moindre — alcalinité relative — ou, très rarement, en une réaction franchement acide.

Ces réactions des tissus en cause sont un fait physiologique fréquemment démontré aux étudiants en médecine et en dentisterie dans le cours de physiologie, et qui n'a pas besoin par conséquent d'être autrement prouvé. Si l'on hésitait à l'accepter, une expérience simple convaincra de sa réalité. Après avoir préparé une grenouille pour l'expérimentation en séparant d'abord la corde spinale à sa jonction avec l'encéphale, exposer l'articulation médiane de l'une des pattes de derrière et essayer la réaction avec le papier de tournesol. Cette réaction sera nettement alcaline. Soumettre ensuite les tissus exposés à une série de contractions actives et en essayer la réaction : elle sera nettement acide.

Ces changements de réaction se produisent sans aucun doute dans l'articulation alvéolo-dentaire. Rappelez-vous que la membrane péri-dentaire est composée de faisceaux de tissu connectif fibreux qui, soumis à une activité anormale, subissent une dissociation chimique se terminant, croit-on, par la production d'acide lactique. Le collagène, principal élément du tissu fibreux, une fois hydraté, se transforme en gélatine qui, à la suite d'une nouvelle dissociation, est composée de protéides ; celles-ci peuvent être constatées par une quelconque des réactions protéides connues. Les protéides en se désagrégeant pendant l'activité peuvent donner naissance à de l'acide sarco-lactique ou à de l'acide

lactique parmi d'autres composés. Ces faits expliquent d'une façon satisfaisante ce qui se produit dans la région apicale de la racine et qui, en présence d'organismes produisant du pus, provoque le développement d'un abcès avec des tophus. On peut ajouter que la fréquence des dépôts goutteux sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est, suivant moi, due à ce que, en marchant, une forte partie du poids du corps porte sur cette portion du pied. De cet effort résulte la formation de matières acides, ce qui rend cette région particulièrement propre à la précipitation des urates.

On voit donc que les phénomènes initiaux auxquels on doit attribuer la précipitation de ces sels dans une articulation est le résultat d'un changement dans la réaction des tissus amené par la désagrégation de protéides dans le cours de l'activité physique et la formation consécutive de substances acides. Dans l'articulation alvéolo-dentaire, quand une dent est soumise à une activité plus que normale, le katabolisme des éléments cellulaires de la membrane péricémentaire amène la production de substances acides qui amoindrissent l'alcalinité de la membrane, particulièrement au point où le maximum de tension est senti. Dans les dents uniradiculaires, les dépôts d'urates sont dans la région apicale ou auprès de celle-ci ; dans les dents multiradiculaires les dépôts siègent ou bien sur une des racines, en un point correspondant à celui où se déposent les urates dans les dents uniradiculaires, ou bien sur la zone de bifurcation des racines. Ces zones de précipité d'urates s'expliquent par ce fait qu'en présence du plus léger de suractivité les localisations se produisent dans les points qui supportent le maximum d'effort pour des raisons purement physiques et basées sur les lois de la mécanique. Les dents supportent plus souvent qu'on ne croit un effort supérieur à la normale. Une légère déviation de la position qu'une dent doit occuper dans l'arcade suffit pour que cette dent fasse un travail plus grand qu'elle ne le devrait. Cela conduit à la suractivité, à l'excès d'oxydation, à la diminution d'alcalinité, et aussi sans doute à la formation d'acide lactique par suite de la dissociation des

molécules protéiques complexes de la membrane péricémentaire et, finalement, à la précipitation, sur les zones supportant un plus grand effort, d'urates qui étaient maintenus en dissolution dans le sang par son alcalinité.

Dans beaucoup de cas de pyorrhée, le principal facteur étiologique déterminant est l'acidité relative ou réelle d'une partie de la membrane péricémentaire. Celle-ci est suivie de la précipitation d'urates qui, agissant comme des irritants, convertissent cette zone péricémentaire en un champ propre au développement des organismes pyogéniques. Les urates déposés créent un *locus minoris resistentiæ* et, avec les germes pyogéniques, ils sont la cause de la formation de pus qui, étant plus alcalin que le sang amène la précipitation des phosphates de chaux qu'on trouve fréquemment dans les dépôts goutteux.

La présence de concrétions sur les faces radiculaires une fois expliquée, il est relativement aisé d'expliquer le reste des phémonèmes qui caractérisent l'évolution de la péricémentite destructive que nous examinons. La présence du dépôt goutteux doit être considérée comme l'irritant qui, troublant l'équilibre fonctionnel des tissus péricémentaires, transforme ceux-ci en un terrain propre à loger et à faire proliférer les bactéries qui peuvent arriver dans ces tissus par la circulation du sang ou par le bord gingival.

A l'égard du rôle des bactéries dans l'inflammation péricémentaire, il faut se rappeler que la nature des organismes envahissants détermine le caractère et le progrès de l'inflammation, quelle que soit la résistance du tissu envahi. Les staphylocoques et les streptocoques sont les deux groupes de bactéries les plus importants dans l'inflammation péricémentaire et la prépondérance de l'un d'entre eux amène des manifestations différant quant à leurs conséquences immédiates et quant à leurs conséquences éloignées. Ainsi ce sont généralement les staphylocoques qui sont en cause dans le type d'inflammation caractérisé par une tendance à la localisation et à la formation d'abcès et on rencontre les streptocoques dans les formes d'inflammation ayant une tendance

à se répandre et à envahir de grandes zones de tissu. Il semble donc que, sans tenir compte de la résistance des tissus couvrant la racine ou la zone entre le foyer d'infection et le bord gingival, l'élément *bactérie* est par lui-même le facteur qui déterminera si l'infection péricémentaire se terminera par un abcès ou par la pyorrhée. La pyorrhée alvéolaire, caractérisée par l'inflammation à type ulcéreux, diffère de l'abcès péricémentaire principalement par la nature et la virulence de l'agent bactérien. On peut se demander si la résistance vitale des tissus intéressés joue un rôle décisif à cet égard. Dans les deux variétés d'infection péricémentaire, les micro-organismes pyogènes se frayent un chemin jusqu'au péricément par l'appareil circulatoire ou par l'alvéole en circulant dans l'espace compris entre la paroi alvéolaire et la racine de la dent, dans les tissus que Black a représentés comme des glandes du péricément et qui sont des restes épithéliaux de l'organe de l'émail.

La présence de ces structures épithéliales dans la membrane péricémentaire a plus qu'une importance histologique. Ce sont ces éléments cellulaires qui, anormalement irrités, par des agents septiques ou non, donnent naissance à des formations kystiques qu'on prend souvent pour des abcès alvéolaires chroniques et qui, traités en conséquence, ne disparaissent pas complètement, d'autant qu'une opération exécutée sur eux n'ayant pas pour but de détruire le revêtement interne du kyste amène, malgré l'antisepsie du canal radiculaire, la formation ultérieure d'un autre kyste plus grand peut-être.

J'ai pensé qu'une allusion à cette phase de la pathologie buccale ne serait pas tout à fait hors de propos, car je crois que certains kystes d'origine obscure sont causés par un dépôt d'urates dans la membrane péricémentaire au voisinage immédiat des éléments épithéliaux en question, ce qui nous ouvrirait de nouveaux horizons dans nos recherches sur les diverses manifestations de rétention d'acide urique.

Quant au traitement de la pyorrhée d'origine goutteuse, si l'absence d'acidité exclut la possibilité du dépôt d'urates

sur les racines des dents, et si la production d'une réaction acide ou d'alcalinité amoindrie dépend de la suractivité ou de la fatigue, la première phase du traitement rationnel doit consister à mettre les dents atteintes au repos physiologique. Des dents branlantes doivent non seulement être fixées aux dents voisines saines, mais ces dernières doivent être traitées de telle sorte que la pression pendant la mastication sur les organes malades puisse être entièrement supprimée.

J'ai écarté à dessein toute allusion au traitement diathésique, car le sujet est assez vaste pour en exclure la discussion en même temps que celle de toute autre phase de la maladie.

Conclusions.

1° La pyorrhée alvéolaire peut être d'origine diathésique ou locale. La première peut survenir comme une manifestation de troubles constitutionnels (tuberculose pulmonaire, syphilis, mal de Bright, goutte, etc.);

2° La goutte est une maladie causée par le métabolisme incomplet de protéides provenant d'inactivité hépatique ;

3° Dans la pyorrhée d'origine goutteuse responsable du dépôt d'urates, le phénomène initial est un phénomène d'acidité relative ou réelle sur un point de la membrane péricémentaire ;

4° L'acidité relative ou réelle précitée est la suite d'une surstimulation péricémentaire ;

5° Une déviation, si légère soit-elle, de la position normale qu'une dent doit occuper dans la mâchoire est le facteur responsable de la formation de zones d'alcalinité amoindrie ou d'acidité réelle dans la membrane péricémentaire ;

6° Les urates déposés amènent une résistance moindre dans cette membrane et la prédisposent à l'invasion de bactéries pyogènes ;

7° Le traitement de la péricémentite goutteuse doit comprendre, comme première mesure, l'ouverture *(splinting)* des dents atteintes ;

8° L'ébranlement et la chute des dents chez les vieillards et les individus prématurément séniles ne doivent pas être qualifiées de pyorrhée alvéolaire. Ils ne participent pas de la pyorrhée, étant, à tous égards, typiques d'une atrophie qui affecte alors l'organe rétenteur de la dent;

9° Les manifestations buccales de la goutte peuvent revêtir la forme d'un kyste intéressant deux ou plusieurs dents vivantes[1].

---

1. Cette très intéressante communication a donné lieu, à la Société Odontologique de New-York, à une longue et non moins intéressante discussion que nous publierons dans un prochain numéro.

DE L'UTILITÉ DE LA RADIOGRAPHIE EN ORTHODONTIE

Par J. Vichot, de Lyon.

Communication au Congrès de l'A. F. A. S.

(Section d'Odontologie, Clermont-Ferrand, août 1908.)

La question que j'ai l'intention de traiter n'est pas nouvelle ; nul en effet n'ignore l'importance des indications que l'on peut obtenir par les investigations radioscopiques et radiographiques. En médecine et surtout en chirurgie générale, la radioscopie, quand il s'agit d'établir un diagnostic rapide, est un moyen d'investigation précis, par exemple, pour diagnostiquer ou plutôt confirmer le diagnostic d'un pneumothorax, d'un anévrysme de l'aorte. Il en est de même quand on veut étudier sur le vivant, au point de vue physiologique comme au point de vue pathologique, les phénomènes de la digestion au moyen de l'ingestion de sels de bismuth.

En chirurgie la radioscopie est employée dans le même but, c'est-à-dire pour un diagnostic immédiat ; mais la radiographie, en fixant les images, permet de poser un diagnostic moins rapidement et par conséquent plus précis, parce qu'il est plus raisonné, dans tous les cas de fractures, corps étrangers, rétrécissements, ou tumeurs de l'œsophage, du pylore ou de l'intestin.

En dentisterie, l'emploi des rayons Rœntgen peut être utilisé pour la recherche de corps étrangers, pour expliquer certaines anomalies de nombre, de forme et de direction ; pour révéler la présence, l'importance et le siège de certaines manifestations pathologiques : kystes, abcès, périostite, ostéite, etc. Mais, où cet emploi est le plus indiqué, c'est dans la recherche des follicules inclus dans des mâchoires ou même de dents ayant commencé une évolution vicieuse et dont on veut connaître la direction, afin d'appliquer judicieusement les forces nécessaires à leur redressement.

Ces idées générales m'amenèrent à employer la radiographie pour certains cas de redressement que j'eus à traiter. La radioscopie n'est en effet pas utilisable ; seule la radiographie permet de fixer exactement le siège et la nature des anomalies que nous avons à corriger.

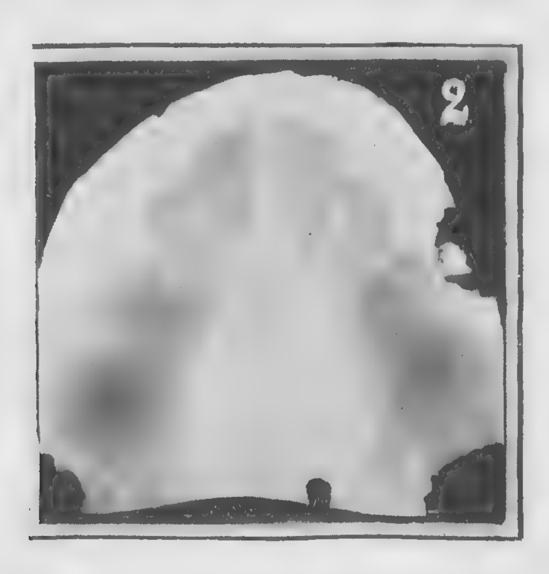
Parmi les nombreux cas pour lesquels j'eus à employer les rayons X, je n'en citerai que deux, dont j'ai conservé les clichés et dont les épreuves vous sont présentées. Dans le premier cas, nous avons affaire à une anomalie de nombre avec une légère déformation latérale du maxillaire supérieur gauche, par suite de la présence d'une dent supplémentaire. Ce maxillaire d'enfant de 11 ans présentait, en effet, deux incisives latérales. Ces deux dents, au point de vue morphologique, ne différaient en aucun point, quant à la couronne identiquement pareilles, leur évolution passa inaperçue du jeune patient et de son entourage, si bien que l'on ne put savoir d'après l'éruption aux dépens de laquelle l'autre avait été formée. Etait-ce la dent avoisinant l'incisive centrale, ou celle avoisinant la canine ? Je ne pus qu'émettre des doutes, attendu qu'étant semblables, ces deux dents étaient l'une et l'autre exactement pareilles à l'incisive latérale supérieure du côté opposé. La dent supplémentaire a été formée soit par dédoublement du follicule de l'incisive latérale permanente, ou mieux encore, par prolifération d'un second bourgeon issu du même cordon épithélial. Cette prolifération dût se faire à la même époque de la période embryonnaire, puisque les deux dents avaient les mêmes caractères.

Le maxillaire supérieur gauche porteur de ces deux dents jumelles, présentait, avons-nous dit, une légère déformation. La canine gênée, en effet, dans sa sortie, apparaissait entre la deuxième incisive latérale et la première prémolaire, mais en dehors de l'arcade et ne demandait qu'une chose pour évoluer normalement, un peu de place. Pour obtenir cet espace une simple extraction suffisait, mais laquelle ? Il fallait d'abord savoir si ces deux dents étaient bien indépendantes, si, issues d'un même follicule dédoublé, elles

n'avaient pas conservé certaines relations radiculaires, et enfin connaître la direction des racines, afin d'extraire celle dont la racine serait un peu anormale.



C'est ce que me permit la radiographie ci-jointe. Les deux dents sont bien indépendantes et les racines à peu



près semblables ; l'une, la plus éloignée de la ligne médiane est un peu courbée, c'est celle que je décidai d'extraire

grâce à cette radiographie, je pus donc opérer à coup sûr et promettre aux parents de l'enfant un résultat parfait, rapide et tout naturel, car la canine put évoluer et prendre sa place normale sur l'arcade. Ce cas était très simple, on aurait pu à la rigueur se passer de la radiographie ; il n'en est pas de même du second cas que j'ai l'honneur de vous présenter.

Le jeune homme dont il s'agit, âgé de 14 ans, présente un maxillaire supérieur très étroit et porteur de deux incisives latérales volumineuses ; pas de canines, une seule prémolaire la première, ses caractères morphologiques coronaires en font foi, et enfin la première molaire ; pas encore de dent de douze ans. En tout huit dents à la mâchoire supérieure au lieu de douze, si l'on ne compte pas la deuxième molaire qui peut évoluer en retard. Cette mâchoire forme un angle très aigu et donne à la physionomie un aspect disgracieux. Pour rétablir l'harmonie du visage, il fallait corriger l'atrésie du maxillaire supérieur ; mais, en dilatant ce maxillaire, aurions-nous des dents pour combler les vides ? Les follicules des dents absentes existaient-ils et pourraient-ils évoluer ? Si les follicules n'existaient pas, ce qui est rare, je m'empresse de le dire, une seule conduite s'imposait : corriger le mieux possible l'angle aigu formé par les incisives. Dans le cas contraire le *modus operandi* était tout autre, seule la radiographie pouvait me renseigner et me guider. C'est ce que je fis. Le maxillaire supérieur radiographié nous montre très nettement la canine incluse profondément dans le maxillaire, dirigée la pointe vers l'espace qui lui est destiné obliquement d'arrière en avant légèrement de dehors en dedans et de haut en bas ; je dis de haut en bas et non horizontalement, car on voit parfaitement le follicule de la deuxième prémolaire empiétant sur la première molaire. Les deux côtés sont à peu près pareils, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur l'épreuve ci-contre. On aperçoit en outre sur cette épreuve le follicule de la dent de douze ans en bonne position. Nous n'aurons donc pas à nous en occuper pendant le redressement.

Avec de telles indications autant précieuses qu'elles sont précises, je pus entreprendre ce redressement, en adaptant sûrement mon manuel opératoire à l'irrégularité que j'avais à corriger, c'est-à-dire dilatation du maxillaire, puis, au fur et à mesure de leur éruption, diriger les dents dans l'espace qui leur est destiné.

La radiographie a été et est très souvent employée en orthodontie. Je n'ai pas la prétention de rien innover, mais le but de ma communication est d'attirer de plus en plus l'attention sur des moyens d'investigation infaillibles. Il serait à souhaiter que son emploi se généralisât de plus en plus. En présence d'irrégularités ou d'anomalies de nombre, de forme et de direction, la radiographie de la mâchoire, siège de la malformation, devrait toujours être faite avant d'entreprendre le traitement et l'on agirait toujours plus sagement en procédant ainsi qu'en procédant par tâtonnement. Cette radiographie en nous renseignant quelquefois sur la cause et toujours sur la nature de certaines irrégularités nous arme pour les réduire et ne nous fait pas dépenser quelquefois en vain des efforts qui fatiguent le sujet et lassent notre patience.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

STIMULANT

Par V. Gouthière.

Après l'usage des vaso-constricteurs en général et de la cocaïne tout particulièrement, il est prudent, d'après les auteurs classiques, de donner à l'opéré un stimulant, comme le café par exemple. La préparation de celui-ci, la température qu'il exige, font souvent négliger ce soin. Je pense être utile aux praticiens en leur indiquant la formule d'une liqueur qu'il est facile d'avoir dans son cabinet et dont le prix de revient est très minime. Cette préparation joint à l'action certaine de la caféine celle, stimulante par elle-même, de la liqueur et renferme 0 gr. 25 de principe actif par petit verre à liqueur. Son goût est très agréable et à peine perçoit-on, après son ingestion, une saveur légère; son action est très rapide.

Formule :

Extrait de chartreuse Noirot..	Un flacon.
Alcool à 80° (ou plus faible)...	Un demi-litre.
Caféine......................	5 grammes.
Eau..........................	150 —
Sirop de sucre...............	q. s. pour 1 litre.

Faire dissoudre la caféine dans l'alcool et faire ensuite le mélange des autres substances.

POLISSAGE A LA PONCE

Ayant remarqué maintes fois l'impression désagréable et très justifiée produite par la ponce, dans les polissages, je présente à mes confrères une formule d'un prix de revient très modique et pouvant être exécutée partout :

Ponce porphyrisée................	100 grammes
Savon amygdalin..................	10 —
Menthol..........................	0 gr. 20
Saccharine.......................	0 gr. 20
Eosine...........................	0 gr. 02

Triturer finement ces substances, puis ajouter peu à peu de la glycérine pour former une pâte plus ou moins ferme.

Aromatiser avec cinquante gouttes d'alcool de menthe anglaise.

Cette pâte adhère très bien à la brosse et ne cause aucune impression désagréable au patient.

Elle est d'une conservation indéfinie et il suffit pour assurer une asepsie opératoire parfaite de n'en prélever que la quantité nécessaire au moment du besoin.

REVUE DES REVUES

TRAITEMENT « OPSONIQUE » DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par JULIUS PARREIDT, de Leipzig.

L'auteur attire l'attention de la profession sur le traitement *opsonique* qui est appelé à avoir une grande importance en dentisterie, notamment dans le traitement des états purulents. M. Goadby, professeur de bactériologie au National Dental Hospital, de Londres, a traité avec succès un certain nombre de cas de pyorrhée alvéolaire, de gingivite simple, de stomatite ulcéreuse et d'ulcération locale simple due à l'accumulation de tartre.

Pour la pyorrhée le traitement est le suivant : on procède à l'examen bactériologique de la matière provenant des culs-de-sac gingivaux après irrigation à l'eau bouillie, les cultures sont faites sur l'agar ordinaire, sur l'agar au sérum de maltose les colonies microbiennes y affectent l'aspect de plaques. Pendant leur prolifération on se livre à un examen préliminaire de l'indice opsonique sur les groupes de staphylocoques. Les divers organismes isolés sont essayés avec le sérum du patient. Si l'indice de ce groupe est faible, on emploie le vaccin correspondant ; s'il n'en est pas ainsi, on se sert de l'organisme donnant l'indice le plus faible isolé du cas et l'on prépare le vaccin ; si plus d'un organisme présente un indice faible, un vaccin mélangé de plusieurs espèces est indiqué. S'il y a plusieurs organes associés, cas habituel, on relève les observations subséquentes de l'indice de chacun et l'on modifie le vaccin comme il est nécessaire. Il peut être nécessaire également de procéder à une nouvelle analyse bactériologique à une date ultérieure si le progrès est lent, l'infection par d'autres espèces étant possible. Eviter une nouvelle infection autant que possible.

On prétend généralement que l'enlèvement des dents arrête la destruction alvéolaire locale et guérit la maladie, ce qui, toutefois, est douteux. Il est évident que la maladie est fortement amoindrie dans ses symptômes généraux et dans ses manifestations locales par l'enlèvement d'une grande quantité de pus et dans bien des cas le processus réparateur peut être suffisant pour éliminer les traces de la maladie qui existent encore dans l'alvéole. Mais il arrive inévitablement très souvent que l'état local est amélioré sans guérison et que beaucoup de symptômes généraux, quelquefois les plus attristants, persistent indéfiniment. Parmi ceux-ci le rhumatisme chronique et la neurasthénie sont peut-être les plus communs.

Un exemple caractéristique peut servir de type à cet égard. Une patiente était atteint de pyorrhée avec suppuration alvéolaire, considérable sans être excessive. La suppuration, on le sait, n'est pas le signe du degré de désorganisation du procès. Cette personne présentait depuis 10 ans des symptômes de neurasthénie ; elle avait peu à peu perdu vingt-huit livres et était obligée de passer une grande partie du temps couchée et hors de chez elle ; elle était si nerveuse qu'elle craignait de traverser la rue toute seule. La dyspepsie chronique, la céphalalgie et d'autres symptômes de toxémie se manifestaient aussi. Ses indices opsoniques du staphylocoque aureus et du staphylocoque albus provenant de sa bouche étaient respectivement 0,6 et 0,5. Pendant la plus grande partie du temps elle avait été traitée par un dentiste très compétent. Finalement il fut décidé de lui enlever toutes ses dents et, après l'extraction, une grande amélioration se produisit dans ses fonctions digestives. Elle ne recouvra pas cependant le poids perdu, et la pâleur terreuse de son visage, le malaise général, la dépression et la neurasthénie persistèrent. Les gencives étaient très molles, mais ne semblaient pas particulièrement anormales. Elle resta dans cet état pendant un an et les indices opsoniques demeurèrent les mêmes. Elle fut donc traitée par une inoculation de vaccin correspondant à l'organisme pour lequel elle présentait un indice faible, mais sans traitement médical, et sans changement de diète et de régime. Résultat de ces inoculations : en six mois elle gagna vingt-huit livres, put s'acquitter de ses obligations sociales et vaquer à ses occupations domestiques sans fatigue. Le rhumatisme chronique a presque disparu ; l'indice est 1, 1. La phase négative dans ce cas était très marquée après les deux premières injections ; mais par la suite les injections ne causèrent aucun trouble. Il y a peu de raison de douter que, malgré l'ablation des dents affectées, l'alvéole restera infecté, à cause des bactéries qui ont pénétré des poches dentaires abcédées. Il n'est pas nécessaire dans ce cas qu'il y ait suppuration active, car on sait que beaucoup d'organismes, parmi lesquels les staphylocoques, peuvent rester longtemps dans les tissus sans produire d'inflammation suffisamment aiguë pour amener réellement du pus, mais qu'ils peuvent causer des troubles chroniques, leurs produits se répandant dans le corps et entretenant les symptômes déjà manifestés. Des troubles locaux très légers peuvent entretenir une anémie marquée. Sans doute dans ce cas il y avait de la toxémie, avec peu de manifestation de maladie locale en apparence, mais la toxémie était consécutive à une pyorrhée ayant duré plusieurs années. L'inoculation du vaccin approprié a été suivie de la disparition des symptômes toxémiques.

Il se produit rarement des troubles constitutionnels immédiatement, mais ils surviennent occasionnellement. Parfois il est survenu des

malaises médiocrement marqués, des maux de tête, des vomissements, de la diarrhée, mais cessant entre 24 et 48 heures, suivant la disparition de la phase négative. Toutefois les symptômes sont d'ordinaires extrêmement bénins. Rarement une phase remarquablement négative secondaire a été constatée ; elle apparaît quatre ou cinq jours après que les premiers effets préliminaires ont cessé, la courbe opsonique s'abaissant d'abord, puis s'élevant normalement ensuite, au lieu de demeurer passablement élevée ou de descendre lentement jusqu'à la normale, continuant de s'abaisser pendant quelques jours. Cette phase négative secondaire est difficile à expliquer, mais elle peut être associée à l'action d'autres bactéries ou en relations étroites avec le même groupe que l'organisme du vaccin. Une nouvelle inoculation au moment convenable a toujours eu pour effet d'élever l'indice d'une façon satisfaisante. Comme dans les diverses formes de la maladie où l'emploi du vaccin de bactéries est maintenant le traitement habituel, une aggravation de l'état local est toujours associée à la phase négative, la quantité de pus n'est pas notablement augmentée, mais les gencives deviennent plus turgescentes et il peut y avoir de la douleur.

Avant de commencer le traitement local des gencives, attendre la venue de la phase positive, pour ne pas causer d'infection par le curettage et la cautérisation. Le temps nécessaire pour guérir des surfaces de gencive cautérisées est beaucoup plus court chez l'individu immunisé que chez l'individu non immunisé. Dans deux cas l'essai a été fait de cautériser avant et après l'inoculation et on a constaté que la période de guérison avant l'immunisation était quatre fois aussi longue qu'après.

Il n'est guère actuellement pratique pour le dentiste d'appliquer cette thérapeutique de l'inoculation ; mais il faut espérer qu'avec le temps toutes les écoles dentaires seront dotées d'un laboratoire opsonique comme celui du National Dental Hospital, de Londres. La tâche est très ardue et la dépense d'installation élevée. En Allemagne il n'y a qu'un laboratoire opsonique, à l'école vétérinaire de Dresde.

(*Deut. Mon. f. Zahn.*, avril 1908 et *Dent. Cosmos*, septembre 1908, p. 1022, 1023.)

L'ÉTUDE DES COULEURS ET LA PORCELAINE

Par M. Philipps, de Chicago.

Les insuccès et déceptions que rencontre le meilleur opérateur dans les travaux de porcelaine sont dus à l'ignorance des lois d'optique se rapportant à l'étude des couleurs. Il est nécessaire de se familiariser avec les règles sur lesquelles est basée l'étude des couleurs. L'auteur décrit avec beaucoup de détails ces lois. La couleur est une sensation produite sur la rétine par la vibration très rapide de l'éther. Sans cette excitation de la rétine par les vibrations de la lumière tout paraîtrait noir. La différence de couleur est due à une rapidité différente des vibrations. A travers un prisme la lumière blanche est décomposée en rouge, jaune et bleu, que l'on dénomme couleurs fondamentales, orange, vert et violet, dénommés couleurs composées. Les dernières se forment par la combinaison exacte des premières.

Tandis que la lumière se décompose à travers un prisme dans les couleurs différentes, il arrive que dans les matières colorantes les couleurs sont séparées les unes des autres par l'absorption ou la réflexion. Les matières colorantes que possède un objet quelconque sont des substances qui absorbent et éteignent certains rayons lumineux et en réfléchissent d'autres. Les vibrations qui émanent de ces objets à notre vue donnent naissance à des sensations que nous dénommons bleu, rouge, jaune, etc.

Tandis que la combinaison des couleurs fondamentales du spectre donne du blanc, on obtient par le mélange des mêmes couleurs dans les matières colorées le noir ou le gris, car il y a eu absorption d'une partie des rayons de lumière qui empêchent de former le blanc. Les couleurs de la porcelaine sont demi-transparentes ; une partie de la lumière pénètre dans la profondeur de l'émail et en est plus ou moins absorbée ou réfléchie. Si la réflexion dans l'émail artificiel est en harmonie avec celle de l'émail de la dent, le bloc sera parfait. Mais si l'intérieur du bloc ne réfléchit pas suffisamment la lumière, le bloc paraîtra ou trop clair ou trop foncé, suivant l'absorption plus ou moins grande de la lumière. Tandis que le peintre n'a affaire qu'aux réflexions superficielles, celui qui fait des émaux doit compter avec les réflexions superficielles et profondes. Si la réflexion est faite, le bloc paraîtra clair.

La lumière réfléchie paraît claire à la vue. Si l'on recouvre un verre coloré d'un papier blanc ou noir, le noir absorbe tous les rayons, tandis que le blanc les réfléchit et la couleur aura l'aspect clair et brillant. Tout fond, à l'exception du blanc, donne une réflexion inégale et

peut modifier la nuance de la couleur. Le blanc s'harmonise le mieux avec toutes les autres couleurs et produit la plus grande réflexion. Si l'on considère le pouvoir lumineux du blanc, 100, le jaune chrome aura 75, le vert émeraude aura 48 et le rouge écarlate 25. Donc si l'on veut éclaircir un objet par la réflexion, il est nécessaire de faire un fond blanc. Si l'on examine une dent naturelle, on observe que l'émail est presque transparent ; la dentine est presque opaque et possède une surface très finement granulée. Une telle surface a la propriété de réfléchir tous les rayons incidents avec plus de netteté et en plus grande quantité que si la surface était plane.

Des surfaces planes comme l'eau, la glace et le verre réfléchissent sur 1.000 rayons qui tombent sous un angle d'incidence perpendiculaire, seulement 18 à 20, tandis que sous un angle d'incidence oblique les rayons réfléchis peuvent s'élever jusqu'à 88 et 89, et sur 1000 rayons incidents à peu près 800 sont réfléchis. La différence entre la glace et la neige sert d'exemple.

Pour avoir continuellement le maximum de réflexion dans un bloc il faut avoir une surface blanche granuleuse fondamentale. On peut l'obtenir en se servant d'une substance dont le point de fusion est plus haut que la poudre d'émail que l'on emploie à faire le bloc.

Il est important de connaître la combinaison des couleurs, non seulement des couleurs fondamentales et complémentaires, mais aussi des couleurs tertiaires. Il vaut mieux mettre la couleur appropriée d'une seule couche sur la substance fondamentale. Une loi d'optique dit que l'absorption de la lumière dépend de l'épaisseur de la couche qu'elle doit traverser. Si la couche d'émail était trop épaisse ou trop fine, le bloc paraîtra ou trop clair ou trop foncé, même si la couleur était bien choisie. Ceci est une question d'expérience et le changement que perçoit l'œil concerne la nuance et pas la couleur même.

Si nous avons à remplacer une partie d'une dent dans laquelle le collet est jaune orange et la partie vers le bord libre verdâtre, il faut mettre comme couleur fondamentale pour le collet jaune et rouge et pour le reste, bleu et vert. Par interférence le jaune supprime en partie l'autre couleur. Le jaune orange apparaît plus rouge, le vert plus bleu que nous ne voulions. On obtient le même effet si l'on met une couche de couleurs composées sur une autre.

Si les trois couleurs fondamentales entrent dans les deux couches il pourrait arriver selon le conteuu ou la prédominance de ces couleurs une absorption complète d'une certaine quantité, et la porcelaine apparaîtra foncée ou noire. Il n'est pas absolument nécessaire d'employer un trop grand nombre de couleurs composées. On obtient plus facilement la nuance voulue quand on se sert de couleurs simples non composées.

Il faut connaître la composition des nuances. Nous désignons par exemple, le collet comme jaune, et en le comparant au jaune chrome, comme couleur normale, il est évident que le collet est plutôt jaune orange ou même brun ; toutes ces couleurs s'obtiennent en ajoutant du rouge.

Quand certaines matières apparaissent plus claires ou plus foncées que leur couleur d'origine, l'interférence joue un grand rôle. L'interférence expliquerait pourquoi des aurifications proximales apparaissent tantôt foncées, tantôt brillantes. Et ce serait probablement la même cause qui fait apparaître certains blocs trop clairs ou trop foncés à la lumière artificielle. Etant donné que la lumière artificielle contient des rayons jaunes, il est explicable que la réflexion superficielle de la lumière jaune et la réflexion profonde d'un corps jaune se compensent ou par interférence ou grossissent considérablement suivant que la distance des surfaces de réflexion et l'angle de réflexion sont d'une longueur plus considérable que la longueur des ondes lumineuses.

Cette interférence est impossible lorsque la lumière est réfléchie par une masse fondamentale granuleuse. L'interférence mentionnée ne peut pas avoir lieu au soleil, dont le diamètre produit tant de points d'incidence que les rayons rencontrent la surface de réflexion de tous les angles d'incidence. Mais comme un bloc est destiné à être porté aussi bien à la lumière artificielle, il est nécessaire de produire une surface interne ayant beaucoup de points de réflexion.

Il ne faut pas oublier que la coloration de la dent naturelle siège directement aux extrémités internes des prismes d'émail. Les prismes d'émail sont en partie cristallin et, à cause de leur disposition, demi-transparents. La surface de la dentine est au contraire finement granulée et très refléchissante. Il faut imiter ces rapports dans la fabrication d'un bloc d'émail.

L'auteur est d'avis de couvrir toute la matrice d'une masse blanche pour éviter l'absorption de la lumière par le ciment.

Les substances organiques de 5 o/o contenues dans l'émail sont pour la plupart disposées sous forme de fibres prismatiques ou de gaînes, qui servent à maintenir les prismes.

La masse minérale et la masse organique possèdent un indice de réfraction différent qui empèche la lumière de prendre une direction transversale et est réfléchie par la dentine sous-jacente. La disposition des prismes vers l'axe longitudinal de la dent étant rayonnée et un peu oblique et la surface de la dent étant elliptique, il se produit une réflexion de la lumière.

Le rapport qui existe entre la disposition des prismes et la lumière n'est pas sans importance pour la formation de la cavité et la pose du bloc avec le ciment. Si les parois de la cavité sont préparées de façon

à se diriger dans le même sens avec la direction longitudinale des prismes d'émail, le bloc ne forme qu'une sorte de prisme de grande étendue et contribuera à rendre invisible la ligne de ciment. Ce serait différent si la paroi de la cavité se trouvait dans la ligne médiane de la dent ou tout près d'elle parallèle à la ligne visuelle. Dans ce cas il faut choisir le ciment si possible de la même teinte que l'émail. On prend de préférence des ciments clairs ou gris clair où l'émail de la dent est le plus épais et jaune vers le collet. A cause de sa teinte claire et de son grain très fin, le ciment réfléchit la couleur qui lui est propre. Si le bord de la cavité est parallèle à la ligne visuelle, mais oblique vers les prismes radiés, comme dans la préparation d'une cavité pour l'or adhésif, la ligne de ciment serait visible d'autant plus que la lumière rencontrerait obliquement les prismes coupés en biseau. L'absorption et la réflexion sont soumises dans ce cas aux mêmes lignes que la neige et la glace.

REVUE ANALYTIQUE

Stomatopathies d'origine gravidique. — Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée.

Stomatopathies d'origine gravidique.

Les relations entre l'état de grossesse et les affections bucco-dentaires sont actuellement unanimement admises ; la pathogénie de ces affections est seule discutée.

Le ptyalisme est un des troubles les plus fréquents ; il aurait, dans certains cas, permis de déceler une grossesse au début. La salive est modifiée dans sa composition chimique ; l'élimination des phosphates est augmentée. L'acidité salivaire serait presque de règle.

La gingivite est admise depuis les travaux de A. et D. Pinard en 1877. Quelquefois précoce, se montrant au deuxième mois, elle survient, le plus souvent, vers le quatrième mois ; l'inflammation peut se propager à toute la muqueuse buccale ; sans symptôme particulier, elle disparaît, en général, dans le mois qui suit l'accouchement. Pour certains auteurs, il s'agit d'une affection spéciale ; d'autres n'y voient que la conséquence d'une modification de terrain qui rompt l'équilibre physiologique du milieu buccal, et qui permet aux causes locales ordinaires d'agir d'une façon intense.

On signale également chez les femmes enceintes atteintes de gingivite, ou de dents cariées, des tumeurs fongueuses des gencives molles et saignantes.

Ce ne sont pas là de véritables tumeurs. Il s'agit simplement de masses fongueuses qui, histologiquement, présentent la structure des granulomes.

De véritables *épulis* auraient été observées pendant la grossesse. Comme ces tumeurs se sont résorbées spontanément après l'accouchement, il est probable qu'elles doivent être assimilées aux précédentes.

L'odontalgie des femmes enceintes a été de tout temps signalée. Cette *odontalgie essentielle* doit être séparée des odontalgies liées aux diverses périodes de la carie dentaire.

Ainsi comprise, elle est assez rare. Il s'agit souvent de douleurs causées par des caries interstitielles, des caries du collet difficiles à déceler et qui peuvent en imposer pour une odontalgie essentielle. Cette dernière apparaît, le plus souvent, dans les trois ou quatre premiers mois de grossesse. Elle se présente sous forme de névralgies très intenses que rarement la malade localise à une seule dent. Le plus souvent c'est un groupe de dents, la moitié de la mâchoire qui semblent le siège de la douleur. Probablement il faut incriminer la congestion, conséquence de l'hyperactivité circulatoire causée par l'état de puerpéralité.

La *carie dentaire* est l'affection buccale la plus fréquemment obser-

vée chez la femme enceinte. Ces caries apparaissent non seulement pendant la grossesse, mais aussi chez la femme qui allaite ou après la grossesse et le sevrage.

Différentes hypothèses ont été faites sur la pathogénie de ces caries. La majorité des auteurs l'explique par une déminéralisation des tissus durs de la dent. On peut y ajouter l'acidité de la salive et l'exaltation de la virulence du polymicrobisme buccal. Cette augmentation des facteurs d'attaque et cette diminution des facteurs de défense expliquent le nombre et la rapidité des caries dentaires chez la femme enceinte.

Les auteurs qui font jouer un rôle capital à la décalcification dans l'origine de ces caries insistent au point de vue thérapeutique sur la recalcification par une médication et un régime appropriés. Localement des bains de bouche alcalins combattront l'acidité salivaire et une hygiène buccale sévère sera instituée.

Au début de la grossesse, un examen de la bouche sera pratiqué. Les dents qui pourrront être traitées le seront d'urgence. Les racines qui ne pourraient être conservées seront extraites. Le tartre, s'il en existe, sera supprimé par un curettage très complet.

Quant aux caries évoluant pendant la grossesse, le traitement et l'obturation sont souvent rendus difficiles par l'hyperesthésie de la dentine et aussi par la mollesse de ce tissu où l'on ne trouve pas de limite précise indiquant la partie à réséquer.

Dans ces cas, l'obturation provisoire sur une pâte antiseptique non irritante paraît le traitement de choix. Cette obturation provisoire sera renouvelée s'il y a lieu et remplacée par une obturation définitive après l'accouchement.

De tous ces faits ressort la nécessité d'une surveillance particulièrement attentive de la bouche chez la femme enceinte. A n'envisager même que les dangers immédiats auxquels elle est exposée du fait de l'évolution de caries multiples pendant la grossesse (accidents douloureux d'où insomnie, alimentation ou mastication insuffisante et troubles digestifs consécutifs, etc., accidents infectieux tels qu'ostéopériostite, nécrose, adéno-phlegmon, etc., tous ces accidents pouvant troubler et, dans des cas exceptionnels, interrompre même l'évolution à cette grossesse), on comprendra l'importance du traitement prophylactique ou curatif des stomatopathies gravidiques.

(FARGIN-FAYOLLE, *La Clinique*, 4 septembre 1908.)

Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée.

Les phlegmons du cou, lésions inflammatoires développées dans le tissu cellulaire des loges aponévrotiques du cou, et qui s'observent le plus fréquemment chez des sujets de 25 à 30 ans, ont pour origine :

A. Des causes locales : 1° infection directe par plaies extérieures, accidentelles ou opératoires, ou plaies internes (corps étrangers) ; 2° transport des principes septiques par les voies lymphatiques, origine la plus fréquente des adéno-phlegmons, qui succèdent si souvent aux adénites cervicales ; ils reconnaissent pour causes : *a)* les lésions cutanées, même minimes, de la face, du nez, des paupières, des lèvres ; *b)* les plaies ou érosions des muqueuses de la bouche ou des voies respi-

ratoires supérieures ; *c)* la plupart des inflammations de la bouche, du nez, du pharynx, du larynx ; *d)* la carie dentaire ou l'éruption de la dent de sagesse.

B. Des causes générales : érysipèle, fièvre typhoïde, etc. L'agent infectieux principal paraît être le streptocoque.

L'auteur décrit ensuite les réseaux lymphatiques de la peau du nez et de la face, ceux de la cavité buccale, et en particulier ceux de la langue, et enfin ceux émanant du pharynx et de l'anneau de Waldeyer ; il passe ensuite en revue les divers groupes de ganglions susceptibles de devenir le point de départ des phlegmons cervicaux : parotidiens, sous-maxillaires, sous-mentaux, faciaux, ceux de la jugulaire interne et de la jugulaire externe, les ganglions des chaînes cervicales superficielle et profonde, et les ganglions rétro-pharyngiens. Puis il fait une étude détaillée des diverses aponévroses du cou et décrit les loges qu'elles délimitent ; après quoi, il arrive à l'étude clinique des phlegmons du cou qu'il classe en :

A. Phlegmons sus-aponévrotiques (sous-cutanés), et

B. Phlegmons sous-aponévrotiques. Ces derniers comprennent :

I. Les phlegmons sus-hyoïdiens : *a)* médians ou sous-mentaux, qu'il ne faut pas confondre avec l'angine de Ludwig ; *b)* sous-maxillaires : très fréquents et consécutifs surtout à des lésions dentaires. Ils s'ouvrent soit à l'extérieur, soit dans la bouche ou parfois fusent dans le médiastin.

II. Les phlegmons sous-hyoïdiens : *a)* sterno-mastoïdien : rare, suivi de rétraction musculaire ; *b)* sus-claviculaire ; *c)* sus-sternaux ; *d)* sous-hyoïdiens diffus ; c'est le phlegmon large du cou (Dupuytren) ; abcès cervical profond (Chassaignac) ; leurs causes principales sont les angines scarlatineuses, parfois la carie dentaire. Ils s'accompagnent de phénomènes locaux et généraux graves et se terminent souvent par la mort ; *e)* phlegmons diffus profonds (de la loge sous-aponévrotique moyenne) ; ce sont les plus dangereux, parce que cette loge renferme tous les organes les plus importants du cou, et communique largement avec le médiastin. Ils provoquent des phénomènes de compression sur les divers organes (dyspnée, ulcérations des gros vaisseaux) ; *f)* phlegmons laryngo-trachéaux.

L'auteur, M. Broeckaert, termine par la description du phlegmon ligneux du cou et des phlegmons péripharyngiens.

Il énumère ensuite les diverses *complications* de ces phlegmons : 1° migration du pus (surtout dans le médiastin) ; 2° œdème de la glotte (rare) ; 3° septicémie ou pyohémie ; 4° pénétration du pus dans les voies aériennes et digestives ; 5° ulcérations des vaisseaux ; 6° thrombose et embolies ; 7° phénomènes de compression (du sympathique, du pneumogastrique, de la tranchée).

Le traitement consiste en l'incision, le plus souvent utilement précoce, soit par voie buccale, dans certains cas, soit le plus ordinairement par voie externe, soit le long du bord antérieur, soit de préférence le long du bord postérieur du sinus du sterno-cléo-mastoïdien.

(BROECKAERT, *La Clinique de Bruxelles*, 15 août 1908.)

PROPORTIONS DES ARCADES DENTAIRES NORMALES

(TEMPORAIRES ET PERMANENTES)

Notre excellent confrère M. Campion, de Manchester, nous adresse la petite note suivante que nous nous faisons un plaisir de publier.

La *British Society for the Study of Orthodontia* a désigné un Comité chargé d'étudier de manière approfondie tout ce qui a été fait jusqu'ici pour la détermination des proportions dans les différents types d'arcades dentaires normales et pour appliquer ces éléments au traitement des cas se présentant dans la pratique. De même que les crânes humains sont placés après l'index céphalique, c'est-à-dire d'après les mesures de la largeur et de la longueur, on pense que l'étude des arcades dentaires basée sur les méthodes anthropologiques peut être d'une grande utilité comme base pour une étude sérieuse de l'orthodontie. La *British Society* est par suite très vivement désireuse de savoir si des mesures d'arcades dentaires normales ont déjà été prises dans ce but et serait très reconnaissante de tous renseignements qu'on lui donnerait à ce sujet, indications d'études qui ont été publiées sur la matière dans une langue quelconque, ou noms de ceux qui se sont occupés de recherches de ce genre.

Les points sur lesquels le Comité désirerait particulièrement des informations et des statistiques sont les suivants (aussi bien pour les arcades temporaires que pour les arcades permanentes) :

1° Rapport entre la longueur et la largeur de l'arcade : Quelles étaient les méthodes employées pour mesurer, et entre quels points étaient prises les mesures ?

2° Rapport des dimensions des dents aux dimensions de l'arcade : Par quelles méthodes ce rapport a-t-il été déterminé ?

3° Hauteur du Palais : Quels ont été les points employés pour la détermination de cette hauteur ?

Tous renseignements à ce sujet ou indications de documents seront reçus avec reconnaissance par :

G. G. CAMPION,
264, Oxford Road, Manchester.

H. CHAPMAN,
20, Queen Anne Street, London, W.

J. E. SPILLER,
62, Worple Road, Wimbledon, S.W.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN ESPAGNE, EN PORTUGAL ET DANS L'AMÉRIQUE LATINE

Rapport présenté à la Fédération Dentaire Internationale, Session de Bruxelles, août 1908.

Par O. AMOEDO.

(Suite. [1])

CUBA

Tant que Cuba a été possession espagnole, les études de chirurgien-dentiste ont été régies par l'ordre royal promulgué en Espagne l'année 1875. C'est-à-dire que, pour l'exercice de la profession dentaire, le candidat devait passer un examen à l'Université devant un jury composé de trois professeurs médecins et de deux chirurgiens-dentistes.

Les examens comprenaient trois épreuves : l'une pratique de prothèse dentaire, une d'opération sur un cadavre (suture des lèvres, résection des maxillaires, ligature de l'artère linguale, faciale ou coronaire, etc. ; ou bien extraction d'une dent, cette dernière opération était celle qu'on pratiquait exclusivement) ; et une épreuve théorique sur l'anatomie et la physiologie générale et dentaire, thérapeutique et pharmacologie, dentisterie opératoire, prothèse dentaire et médecine légale.

Le diplôme conféré était celui de *chirurgien-dentiste*. Le candidat à ces examens se préparait dans des écoles libres particulières. La première de ces écoles par ordre de fondation fut créée par M. Villaraza ; ensuite, celle dirigée par M. Pedro Calvo (actuellement professeur officiel) ; l'école dentaire instituée par M. Florencio Gancio ; l'école dentaire établie par M. Francisco Rodriguez, et

1. V. *L'Odontologie* du 30 septembre, p. 277.

la dernière qui a été créée fut l'école dentaire fondée par M. Ignacio Rojas.

Dans toutes ces écoles la partie médicale de notre profession fut toujours la plus considérée, puisqu'en outre des professeurs médecins très compétents les élèves fréquentaient les hôpitaux, en compagnie des élèves en médecine.

Au contraire, la dentisterie opératoire ainsi que la prothèse dentaire laissaient beaucoup à désirer. Il en résultait que les dentistes qui se préparaient dans les écoles de la Havane connaissaient plus de médecine que ceux préparés dans les écoles de l'Amérique du Nord ; par contre sur le terrain de la pratique ils leur étaient de beaucoup inférieurs.

*
* *

Après l'indépendance de Cuba en 1898, les études dentaires ont subi de grandes réformes.

Aujourd'hui l'enseignement est officiel et il se donne à l'Université. Naturellement toutes les écoles susmentionnées ont disparu complètement.

Les professeurs sont nommés au concours ; chacun d'eux reçoit 12.000 francs d'appointements par an [1].

Pour pouvoir être admis à l'École de chirurgie dentaire, il est indispensable d'avoir obtenu le titre de bachelier à un des instituts d'enseignement secondaire dûment autorisé.

Les matières qui s'étudient à cette école sont :

Histologie pathologique de la bouche, un cours.

Prothèse dentaire, deux cours.

Pathologie spéciale de la bouche, un cours.

Dentisterie opératoire, deux cours.

L'école a des annexes : un laboratoire dentaire et une clinique dentaire avec les aides nécessaires. Le professeur de dentisterie opératoire est le chef de la clinique.

La Faculté admet aux exercices pour obtenir le grade de *docteur en chirurgie dentaire* les élèves qui ont suivi avec succès les cours de l'École, et en plus les suivants :

---

1. Le budget de l'Université de la Havane est de 2.221.795 francs.

Anatomie, un cours. Dissection, 2 cours. Histologie normale, 1/2 cours. Physiologie, 1 cours. Pathologie générale, 1 cours. Anatomie et histologie pathologique, 1/2 cours. Bactériologie, 1/2 cours. Thérapeutique et matière médicale, 1 cours.	Ces cours se font à l'École de médecine.

Le groupement réglementaire des études exigées des aspirants au grade de *docteur en chirurgie dentaire* est le suivant :

Première année.

Dissection, premier cours, tous les jours.
Anatomie, premier demi-cours, classe alterne.
Histologie normale, demi-cours, classe alterne.
Prothèse dentaire, premier cours, tous les jours.
Dentisterie opératoire, premier cours, tous les jours.

Seconde année.

Dissection, deuxième cours, tous les jours.
Anatomie, deuxième demi-cours, classe alterne.
Physiologie, tous les jours.
Prothèse dentaire, deuxième cours, tous les jours.
Dentisterie opératoire, deuxième cours tous les jours.

Troisième année.

Pathologie générale, tous les jours.
Histologie pathologique de la bouche, tous les jours.
Anatomie et histologie pathologique, classe alterne.
Bactériologie, classe alterne.
Pathologie spéciale de la bouche, tous les jours.
Thérapeutique, tous les jours.
Clinique dentaire dans toutes les années.

Les incompatibilités et précédences établies par la Faculté pour ses études sont les suivantes :

1° L'étude de l'histologie pathologique de la bouche est incompatible avec celle de l'histologie normale ;

2° L'étude de la pathologie spéciale de la bouche est incompatible avec celle de la physiologie.

La prothèse dentaire et la dentisterie opératoire précèderont l'histologie anormale de la bouche, et cette dernière matière, la pathologie spéciale de la bouche.

Les élèves de l'école étudiront les matières qui sont enseignées à l'École de médecine selon l'ordre établi par elle.

Les épreuves pour obtenir le grade de *docteur en chirurgie dentaire* consistent à examiner quatre cas de clinique dentaire et à rédiger un

rapport sur ces cas, puis à exécuter au laboratoire de l'École une pièce de dentisterie mécanique. Le jury peut demander au candidat des explications orales.

Le doyen, sur la proposition du jury, représentant la Faculté, concèdera le titre de *docteur en chirurgie dentaire* aux élèves qui auront subi avec succès ces épreuves.

Histologie anormale de la bouche et prothèse dentaire.

Professeur, M. Pedro Calvo y Castellanos.

Un cours d'histologie et deux de prothèse. Les deux cours de prothèse comprennent l'étude des matières suivantes :

1er cours. Connaissance des outils, instruments et matériaux employés au laboratoire. Différentes manières d'obtenir des empreintes de la bouche. Etude théorique et pratique de l'articulation. Construction des dentiers et des appareils à matières plastiques ; et spécialement ceux de caoutchouc vulcanisé.

Dans le second cours sont comprises : la connaissance des métaux employés au laboratoire. Etude des amalgames employés pour les usages dentaires. Alliages qu'on emploie pour la construction des pièces prothétiques. Construction des dentiers et appareils métalliques de tous les systèmes.

Livres de textes recommandés : Essig, Richardson, Evans, Litch, Wildman.

Les cours ont lieu tous les jours à l'École de chirurgie dentaire. Heures de classes : de 8 heures à 11 heures le matin.

Histologie anormale de la bouche.

Professeur auxiliaire, M. Marcelino Weiss y Gramatges.

Un seul cours qui comprend l'étude des matières suivantes : Pathologie de la carie dentaire ; histopathologie et bactériologie ; histopathologie de la pulpe dentaire ; histopathologie du périoste alvéolo-dentaire ; histopathologie des stomatites spécialisées. Tumeurs dentaires (odontomes). Tumeurs alvéolaires (épulis). Tumeurs des maxillaires.

Matières essentiellement pratiques. Plusieurs conférences sont destinées à l'étude de l'histologie normale des dents et tissus voisins.

Livres de textes recommandés : « Technique microscopique dentaire » par Hopewell Smith. « Histologie dentaire » de Broomell, de Walkhoff, de Miller. *Dental Cosmos.* Les classes ont lieu tous les jours. Local des cours : Ecole dentaire, bâtiment de l'Ecole de médecine. Heures de classes : de midi à une heure.

Classe pathologique spéciale de la bouche et dentisterie opératoire.

Professeur, M. Cirilo A. Yarini y Ponce de Leon.

Un cours la première année et deux cours la seconde. Ces cours comprennent l'étude des matières suivantes : Pathologie spéciale de la bouche ; caractères normaux et anormaux des sécrétions de la bouche ; la dentition et lésions pathologiques qui peuvent se pré-

senter pendant son évolution ; maladies des dents et des parties voisines ; relations directes et indirectes des conditions pathologiques de la bouche avec les autres parties de l'organisme.

Dentisterie opératoire : 1er cours. Anatomie microscopique des dents ; travaux techniques dans les dents hors la bouche ; connaissance des instruments qu'on y emploie, conservation et réparations. Connaissance des matériaux pour les obturations. Dentisterie opératoire : 2e cours. Anatomie topographique de la bouche et étude des accidents pouvant se présenter pendant les opérations ; étude complète et détaillée de toutes les opérations dentaires ; traitement des maladies des gencives ; asepsie et antisepsie ; anesthésie ; orthodontie et mise en place des couronnes ; ponts. Livres de textes recommandés : Burchard, Godon, Garretson, Litch, Taft, Fillebrown et Kirk. L'assistance journalière à la clinique est requise. Jours de leçons : tous les jours. Local des cours : Ecole de chirurgie dentaire dans l'Ecole de médecine. Heures de classes de 7 à 11 heures.

Doctorat en médecine.

Les études à l'Ecole de chirurgie dentaire sont officielles et les inscriptions se font au secrétariat général de l'Université nationale.

L'Ecole de chirurgie dentaire fait partie de la Faculté de médecine et de pharmacie.

Comme les cours qui se font pour passer le doctorat en chirurgie dentaire se poursuivent à l'Ecole de médecine (anatomie descriptive, histologie normale et histochimie, physiologie, dissection, anatomie pathologique, pathologie générale, clinique et thérapeutique), le docteur en chirurgie dentaire qui désire suivre les études de médecine doit étudier les matières suivantes :

Hygiène privée, pathologie expérimentale, pathologie médicale, pathologie chirurgicale, obstétrique et gynécologie, clinique médicale (deux cours), clinique chirurgicale (deux cours), clinique d'obstétrique et gynécologie, pathologie et clinique infantiles, médecine légale et toxicologie ; hygiène publique et législation sanitaire et chimie biologique. Avec ces matières, les études se complètent et le grade de docteur en médecine et chirurgie est concédé.

Dentistes étrangers.

Les dentistes diplômés à l'étranger pour exercer leur profession à Cuba, doivent s'assujettir aux formalités ci-après :

Ils doivent présenter au secrétariat de l'Instruction publique le diplôme qu'ils ont obtenu. Ils sont admis à s'immatriculer à l'Université de la Havane si leur diplôme réunit les formalités suivantes. Il faut :

1° Que le diplôme ait été expédié à une école, institut, université ou corps autorisé par la loi, pour concéder le titre dont il s'agit ;

2° Que ledit diplôme confère entièrement dans le pays qui l'a octroyé le droit d'exercer ladite profession, ou qu'il puisse servir de base pour que ce droit lui soit conféré ;

3° Qu'il soit dûment légalisé ;

4° Que les formalités indiquées dans les numéros un et deux, aient été remplies au secrétariat, ou qu'elles soient prouvées au moyen d'un certificat légalisé expédié par le fonctionnaire chargé de cette fonction au pays d'où vient le diplôme.

Le secrétariat, après avoir vérifié les formalités indiquées et identifié la personne qui sollicite son immatriculation concèdera l'autorisation pour l'examen en le communiquant à l'Université.

Pour les identifications, si le postulant n'est pas connu du directeur de l'Instruction publique, qui certifiera cette circonstance, deux témoins connus sont requis, et leur présentation se fera constater par un acte simple que signeront lesdits témoins, l'intéressé et le directeur de l'Instruction publique.

Une fois l'autorisation requise reçue à l'Université, il sera ouvert un dossier dont la première pièce constatera que l'intéressé a versé les droits. Ces droits sont fixés à 35 dollars (or américain) ou son équivalent (180 francs).

Une fois les droits mentionnés dans le paragraphe précédent payés, le rectorat ordonnera au doyen de la Faculté correspondante qu'il soit procédé à l'examen pour l'inscription du titre.

Le jury d'examen sera formé de cinq professeurs dont trois au moins seront titulaires.

Les épreuves consisteront en un examen de quatre cas de clinique dentaire, qui seront expliqués ; et dans la confection d'une pièce de dentisterie mécanique exécutée dans le laboratoire de l'Ecole.

Le jury peut demander des explications orales.

A première vue, l'enseignement de l'odontologie en Espagne et à Cuba semblerait égal dans les deux pays ; en effet : baccalauréat, premières années des études de médecine, puis études odontologiques.

Mais la disposition des études est cependant très distincte.

En Espagne, l'élève étudie pendant trois ans, sans avoir la moindre notion d'odontologie puis en une année il lui faut apprendre tout l'art dentaire.

Enfin, quatre années d'études, pour n'en faire qu'une d'odontologie et gagner un diplôme d'*odontologiste*.

A Cuba, l'élève fait trois années d'études, et dès la première année il étudie parallèlement la médecine et l'odontologie et à la fin il a le diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

Comme en Espagne, les premières années d'études de médecine faites en vue de l'art dentaire sont acquises pour ceux qui désirent compléter leurs études en médecine.

RÉSUMÉ.

Etudes préliminaires....	Baccalauréat.
Durée des études.......	Trois années.
Examens.............	1° Rapport écrit sur quatre cas examinés à la clinique. 2° Une pièce de prothèse faite à l'école. 3° Examen oral.
Diplôme	Docteur en *chirurgie dentaire.*

COLOMBIE

Il existe actuellement deux écoles en Colombie : le collège dentaire de Bogota et le collège dentaire de Carthagène.

Le premier fut fondé le 2 janvier 1898 par MM. G. Vargas Paredes, Alejandro Salcedo et Nicolas Rocha, reçus tous les trois docteurs en chirurgie dentaire aux États-Unis d'Amérique ; M. Vargas Paredes dirigea ce collège avec compétence et succès, jusqu'à son décès prématuré. Il fut remplacé dans ses fonctions par M. Numael Vasquez jusqu'au 5 avril 1908, époque à laquelle M. Sébastien Carrasquilla fut élu directeur.

Le collège dentaire de Carthagène fut fondé en février 1898 par M. Constantino Pareja, avec ses propres ressources. Il dénomma ce collège *Collège dentaire de Carthagène,* lequel fonctionna quoique avec quelque irrégularité (à cause de la dernière guerre) jusqu'à l'année 1906, époque à laquelle le gouverneur du département de Bolivar résolut que ce collège serait annexé à la Faculté de médecine et Sciences naturelles, et depuis lors l'école s'appelle *Ecole de chirurgie dentaire* et reste soumise en tout au règlement rigoureux de ladite Faculté.

Son plan d'études est le même que celui du collège dentaire de Bogota, et le baccalauréat est exigé comme condition pour y être admis. Le collège dentaire de Bogota, en

conformité des lois de la République, est inspecté par le Gouvernement national et reconnu officiellement. Le diplôme délivré à ceux qui remplissent les conditions pour conquérir le grade de docteur doit être autorisé par le Ministre de l'Instruction publique, et constitue un titre universitaire de caractère national qui donne à son possesseur le droit d'exercer librement la profession de chirurgien-dentiste dans toute la République.

Son recteur actuel n'épargne pas ses efforts pour que les études médicales aient plus d'ampleur de manière que les élèves puissent mieux se rendre compte de tout, et considérer les maladies qu'ils traitent à un point de vue plus large et plus philosophique. Il tâche en ceci de suivre le courant marqué qui, depuis plusieurs années, se manifeste dans les États-Unis d'Amérique et en Europe.

L'individu qui sollicite son inscription présente au recteur un diplôme de bachelier en philosophie et ès lettres ou un certificat constatant qu'il a fait quatre années d'études supérieures dans un établissement d'enseignement appartenant au Gouvernement ou approuvé officiellement. Aucun élève ne sera admis sans avoir fourni ces conditions nécessaires.

Matières enseignées.

Les matières enseignées au Collège dentaire où les élèves immatriculés doivent suivre les cours sont les suivantes :

Première année.

Physique, chimie et métallurgie.
Prothèse dentaire (premier cours).
Dentisterie opératoire et chirurgie dentaire (premier cours).
Anatomie et histologie des dents et bactériologie.
Clinique de prothèse, pathologie et chirurgie orales (premiers cours).

Seconde année.

Notions d'anatomie générale et anatomie et chirurgie orales.
Dentisterie opératoire et chirurgie dentaire (deuxième cours).
Pathologie dentaire (premier cours).
Prothèse dentaire, métallurgie et orthodontie (deuxième cours).
Clinique de prothèse, pathologie et chirurgie orales.

Troisième année.

Matière médicale et thérapeutique.
Pathologie dentaire (deuxième cours).
Physiologie et hygiène.
Clinique de prothèse, pathologie et chirurgie orales.

De l'année scolaire et des cours.

L'année scolaire est de dix mois comptés du jour où s'ouvrent les classes jusqu'au jour où a lieu le dernier examen. Pour terminer un cours, il est nécessaire :

1° D'assister ponctuellement aux classes pendant l'année scolaire, et de remplir les travaux qui y ont été assignés ;

2° De passer les examens annuels avec succès.

Un élève perdra le cours ou les cours auxquels il s'est inscrit dans les cas suivants :

1° Quand il a échoué à l'examen annuel ;

2° Quand il ne s'est pas présenté à l'examen aux jour et heure signalés sans cause légitime prouvée devant le recteur ;

3° Quand, l'excuse ayant été admise, il ne se présente pas à l'examen d'habilitation dans le temps marqué par le règlement ou, s'il se présente, s'il échoue ;

4° Quand il a commis vingt-cinq fautes, absence, leçons et mauvaise conduite additionnées, ou pour un seul de ces motifs ; ou quand il a manqué les cours soixante jours pour cause de maladie.

Examens annuels.

Tout élève inscrit qui n'a pas perdu son cours subira, à la fin de chaque année scolaire, un examen sur la matière correspondant à chacun des cours dans lesquels il a été inscrit.

Les examens ont lieu devant un jury de trois examinateurs désignés par le recteur, et présidé par le plus ancien dans la Faculté.

L'étudiant qui pour quelque motif perd le cours auquel il s'est inscrit est obligé de le recommencer. Celui qui n'a pas assisté aux classes pour cause de maladie durant soixante jours, a la même obligation, notamment si le cours est pratique.

L'élève ajourné pourra être réexaminé pendant la moitié de l'année suivant celle dans laquelle il a pris ses inscriptions. Durant ce temps, il doit assister aux leçons du cours pour lequel il a été ajourné. Si, passé ce délai, il ne s'est pas présenté à l'examen, il sera considéré comme ayant perdu le cours, et continuera dans celui où il a été ajourné.

Examens d'habilitation.

On appelle examens d'habilitation ceux qui suppléent au défaut des examens annuels non subis opportunément.

L'étudiant qui ne se présente pas à l'examen annuel réglementaire d'un ou de plusieurs cours auxquels il s'est inscrit, et qui n'a pas perdu de cours par sa faute ou par pénalité, pourra être admis à l'examen d'habilitation dans le premier mois de l'année scolaire suivante, à condition qu'il prouve dûment devant le recteur qu'il a eu des causes légitimes qui l'ont empêché de se présenter aux examens annuels. Le temps de la concession d'examen d'habilitation passé, le candidat est déchu de son droit et l'élève est considéré comme inscrit nouvellement dans ce cours.

Le recteur peut repousser la demande d'admission à l'examen d'habilitation, lorsqu'il est prouvé que l'excuse présentée est mal fondée, ou lorsqu'il a connaissance de son inexactitude, ou encore s'il ne considère pas les preuves fournies comme satisfaisantes. En cas de doute, il prend l'avis du conseil directeur (*Junta Directiva*).

Conditions pour obtenir les grades.

Aucun élève ne sera admis à l'examen des grades sans avoir suivi le cours qui appartient aux trois années qu'exige le règlement.

Tout élève qui aspire au grade de docteur à la Faculté dentaire, doit remplir les formalités suivantes :

1° Présenter au Conseil dirigeant une demande écrite, sollicitant le grade de docteur, accompagnée d'un certificat de bonne vie et mœurs, signé par des personnes respectables et bien connues ; un autre certificat constatant qu'il a 21 ans révolus, et le diplôme de bachelier, ou un certificat qui témoigne qu'il a fait quatre années d'études (le même qu'il a présenté pour être inscrit) dans un établissement du Gouvernement ou approuvé officiellement ;

2° Passer des examens préparatoires de tous les cours de la Faculté tant théoriques que pratiques ;

3° Développer une thèse dont le sujet doit être préalablement approuvé par le recteur, et la soutenir devant le jury de qualification. Cette thèse sera imprimée et rédigée sous la direction immédiate d'un professeur (président de thèse).

Il est indispensable que l'examiné obtienne la mention « satisfait » (*aprobado*) pour avoir droit au diplôme.

L'élève gradué est obligé de remettre dix exemplaires de sa thèse au secrétaire qui les répartira entre les professeurs actifs et réservera les autres pour les archives et la bibliothèque du collège.

En outre du règlement général, cette école a son règlement intérieur privé, qui fixe tour à tour les travaux sur les patients de la clientèle du collège, la discipline, la conduite, etc.

Exercice de l'art dentaire en Colombie.

Décret n° 595 du 8 juin 1905 sur l'exercice de la profession médicale.

« Art. 16. — Pour exercer la profession de dentiste le diplôme délivré par le collège dentaire de Bogota ou celui des collèges ou facultés étrangères reconnus suffisants sont indispensables.

» Dans les villes où il n'existe pas de dentistes professionnels qui remplissent ces conditions, les individus qui fournissent la preuve qu'ils ont pratiqué pendant deux ans au moins dans un cabinet dentaire accrédité pourront exercer cette profession. Tout ce qui a rapport à l'exercice de cette profession sera régi par le décret précédent. Signé par le Président de la République, E. Reyes. — Le Ministre de l'Instruction publique, Carlos Cuervo Marquez. »

Réciprocités avec l'Espagne.

Par traité international, en vigueur réciproque avec le royaume

d'Espagne, les titres universitaires conférés en Colombie, et dûment contresignés et légalisés par les agents diplomatiques et consulaires, accordent le droit d'exercer dans ladite nation, les professions de médecin, de dentiste et de vétérinaire.

PROFESSEURS DU COLLÈGE DENTAIRE DE CARTHAGÈNE.

Directeur : M. *Constantino Pareja G.*
Professeur de clinique de pathologie dentaire : M. *M. R. Pareja.*
Aide de cliniques : M. *Gerardo Manolas.*
Professeur de mécanique : M. *Eloy G. Pareja Velez.*
Les cours de médecine sont faits par les professeurs de la Faculté de médecine.

PROFESSEURS DU COLLÈGE DENTAIRE DE BOGOTA.

MM. *Salomón Higuera....*	Physique, chimie, métallurgie et anatomie spéciale.
Pablo E. Herran....	Dentisterie opératoire, chirurgie dentaire et clinique (1re, 2e et 3e années).
Luis A. Garzón......	Prothèse (1re année).
Sebastian Carrasquilla	Anatomie et histologie des dents ; bactériologie et pathologie dentaire (1re et 2e années).
Jorge Pombo M..... *Leopoldo Córdoba...*	Clinique (1re, 2e et 3e années).
Francisco Arteaga...	Matière médicale et thérapeutique.
Manuel Arteaga.....	Dentisterie opératoire.
Numael Vazquez....	Prothèse dentaire (2e année), métallurgie et orthodontie.
M. A. Triarte R....	Physiologie et hygiène.
José A. Uemaña.....	Démonstrateur.

URUGUAY

Les études d'odontologie se font en Uruguay à l'Université comme branches annexées à la Faculté de médecine.

Elles furent créées en 1892.

Pendant plusieurs années M. Antonio Sierra faisait tous les cours, qui étaient divisés en deux années.

ETUDES PRÉLIMINAIRES.

Les aspirants aux études odontologiques doivent préalablement étudier les matières suivantes réparties en trois années :

Première année. — Mathématiques, histoire naturelle, physique, chimie, français et gymnastique.

Seconde année. — Mathématiques, histoire naturelle, physique, chimie, français et gymnastique.

Troisième année. — Mathématiques, français et gymnastique.

Etudes d'odontologie.

Depuis 1907 les études d'odontologie comprennent trois années réparties de la manière suivante :

Première année. — Premier semestre : anatomie et physiologie dentaire, dissection, exercices d'histologie.

Second semestre : pathologie générale et spéciale buccale, prothèse dentaire.

Seconde année. — Pathologie dentaire, thérapeutique dentaire, clinique odontologique, prothèse dentaire.

Troisième année. — Hygiène et jurisprudence dentaire, clinique odontologique, prothèse dentaire.

Les professeurs actuels sont les suivants :

U. Morales, professeur d'anatomie, physiologie et pathologie générale buccale.

A. Sierra, professeur de pathologie et de thérapeutique dentaire.

A. Capella y Pons, professeur de clinique odontologique.

T. Morales, professeur de prothèse.

Diplomés étrangers.

Les diplômés étrangers qui désirent exercer en Uruguay sont soumis à un examen général qui comprend toutes les matières du cours officiel, sous le nom de revalidation.

Résumé.

Etudes préliminaires....	Trois années d'études classiques.
Durée d'études........	Trois années.
Examens.............	1 pratique et 1 oral.
Diplôme.............	Chirurgien-dentiste.

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

Le président de la F. D. N. nous adresse la circulaire suivante, avec prière de l'insérer :

Mon cher confrère,

Je vous informe que la Fédération dentaire nationale se réunira le mardi 20 octobre, à son siège social, 28, rue Serpente, à 8 h. 1/2 du soir.

Ordre du jour :

1° Procès-verbal ;
2° Correspondance ;
3° Lettre du Comité d'organisation du Congrès de Berlin ;
A. Désignation d'un confrère français pour un travail scientifique ;
B. Désignation d'un membre pour la présidence honoraire au nom de la France ;
C. Désignation de membres pour des présidences honoraires de sections ;
D. Indication de membres susceptibles de collaborer effectivement à ce Congrès ;
4° Examen d'une circulaire de propagande pour le Congrès de Berlin ;
5° Communications et propositions diverses.

Je vous prie de vouloir bien assister à cette réunion.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments confraternels.

Le secrétaire général,
BLATTER.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Le Conseil de direction se réunira, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, le samedi 31 octobre à 8 h. 1/2 du soir.

Des convocations portant l'ordre du jour, seront adressées prochainement.

BIBLIOGRAPHIE

L'ion cocaïne et l'ion zinc en thérapeutique dentaire.

Par M. Mendel-Joseph. — *(Thèse de Paris, 1908.)*

Notre sympathique collègue, M. Mendel-Joseph, vient de terminer ses études médicales par une thèse intéressante sur *L'ion cocaïne et l'ion zinc en thérapeutique dentaire,* autrement dit la cataphorèse. L'auteur expose d'abord les diverses explications fournies au sujet de la nature de la cataphorèse, de l'électrolyse et de l'ionisation, travail dont *L'Odontologie* a eu la primeur (V. *Odontologie*, 15 juillet 1908, p. 5), puis il étudie le matériel nécessaire à la cataphorèse et les conditions opératoires dans lesquelles il faut se placer; passant alors en revue les différents modes d'anesthésie de la dentine, il étudie plus particulièrement l'anesthésie par cataphorèse, ce qu'il appelle l'action de l'ion cocaïne; il termine enfin par l'étude de l'action de l'ion zinc sur les foyers infectieux alvéolo-maxillaires.

Pour la cataphorèse, M. Mendel-Joseph dit que le courant de ville est la source de prédilection en le réduisant à la tension voulue par les appareils appropriés; cette tension ne doit pas dépasser cinq milliampères, intensité maxima pour les applications dentaires, celle de huit dixièmes de milliampères ne devant jamais être dépassée dans la cataphorèse. Les électrodes doivent avoir une forme et des dimensions en rapport avec l'étendue de la cavité, elles doivent être aussi larges que possible et, au besoin, multipolaires, c'est-à-dire à plusieurs branches, dans les cavités complexes. Contrairement à la pratique généralement suivie, l'auteur pense, de par ses expériences, que le platine est le métal le moins souvent indiqué pour l'anesthésie de la dentine en raison de la résistance de ce métal qui augmente la résistance de la dent au passage du courant; pour l'électrode positive, il emploie, suivant la résistance, des électrodes en platine, maillechort ou zinc: pour l'électrode négative, une plaque d'étain recouverte d'une grosse peau de chamois et attachée à la face dorsale de la main, plus perméable que la face palmaire.

Une des conditions capitale dans l'électroionisation est l'exclusion de la salive d'où la nécessité autant que possible d'appliquer la digue.

La substance à laquelle l'auteur donne la préférence, pour l'anesthésie dentinaire par électroionisation, est la cocaïne, toutes les autres substances expérimentées ne lui ont pas donné de résultats com-

parables ; quant au véhicule, c'est la solution aqueuse qu'il emploie, solution de chlorhydrate de cocaïne à 30 p. 100 dans l'eau distillée ; toutefois le gaïacol, parmi les autres dissolvants de la cocaïne, peut être utile dans les cas supersensibles où la résistance de la dentine est relativement faible.

L'auteur, comme tous ceux qui se sont occupés de ce mode d'anesthésie, insiste sur ce point que l'intensité du courant doit être augmentée lentement et graduellement ; il dit de même que le temps d'application nécessaire pour obtenir une bonne anesthésie est essentiellement variable suivant la texture de la dent, l'étendue et la profondeur de la cavité et aussi suivant l'impressionnabilité générale du sujet. Dans les cas simples, dit-il, on peut dire schématiquement que le temps d'application serait de huit à dix minutes, pour les cas plus compliqués il faut aller jusqu'à un quart d'heure.

L'intensité ne doit jamais excéder huit dixièmes de milliampères, d'ordinaire quatre à cinq dixièmes sont suffisants.

Pour l'anesthésie des régions superficielles de la dentine, il emploie une électrode de zinc et une tension élevée 30, 35, 40 volts.

Pour les cavités de profondeur moyenne, il est inutile d'aller au delà de quatre à cinq dixièmes de milliampères, sept à huit minutes suffisent et la durée de l'anesthésie confirmée varie de huit à dix minutes.

Pour les cavités avoisinant la pulpe, M. Mendel-Joseph se sert de préférence d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans le gaïacol ; il emploie une force de 15 volts et une intensité de trois dixièmes de milliampères. Il faut environ neuf à dix minutes pour obtenir une bonne anesthésie.

Partant des expériences de traitement des kystes radiculaires par l'électrolyse de notre confrère de Chartres, M. Foulon (V. *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 249), M. Mendel-Joseph a pensé, pour combattre les infections alvéolo-maxillaires, à utiliser des électrodes en métal attaquables dont les sels formés s'ioniseraient et seraient portés dans la profondeur du tissu pour y exercer une action antiseptique. Il a utilisé à cet effet la décomposition électrolytique d'une aiguille de zinc enfoncée dans la racine dont elle dépasse l'apex.

Après nettoyage et stérilisation des canaux, il injecte dans ceux-ci une solution de chlorure de zinc à 1 p. 100 et y enfonce jusqu'au delà de l'apex, une aiguille fine de zinc, qu'il relie au pôle positif, le négatif étant placé sur le dos de la main et fait passer 2 à 3 milliampères pendant 15 à 20 minutes et recommence tous les trois jours en laissant dans l'intervalle une mèche imbibée de chlorure de zinc à 1 p. 100. Quand il y a fistule, il introduit un fil semblable dans celle-ci aussi loin que possible et fait passer le courant dans les mêmes conditions.

D'après l'auteur ce procédé permet de tarir les suppurations des plus rebelles et d'en assurer la guérison.

Il a fait, pour étudier l'action bactéricide de l'ion zinc, une série d'expériences intéressantes mais qui, je l'avoue, m'ont paru peu convaincantes ; néanmoins les résultats cliniques cités par l'auteur sont intéressants bien qu'on puisse peut-être les attribuer, en dehors de l'électroionisation elle-même, au moins en bonne partie aux autres points de la technique suivie par l'auteur, ce qui n'empêche que ce procédé nouveau mérite d'être expérimenté.

Comme on le voit par cette rapide analyse, la thèse de M. Mendel-Joseph est une œuvre intéressante et tout à fait digne du travailleur opiniâtre qu'est notre estimé confrère, qui n'a pas craint, tout en se livrant à la pratique journalière de la clientèle, de compléter ses connaissances générales par des études médicales qu'il achève aujourd'hui. Sa thèse sera lue avec avantage par tous les praticiens soucieux de se tenir au courant de ces questions, un peu ardues au point de vue théorique, mais fort curieuses au point de vue des déductions pratiques. Nous sommes heureux d'adresser à notre collègue et collaborateur nos bien sincères félicitations.

MAURICE ROY.

IVe Congrès d'Assistance publique et privée.

Nous avons reçu le premier volume des comptes rendus du IVe Congrès national d'Assistance publique et privée, qui s'est tenu à Reims du 21 au 28 avril 1908 et a été ouvert par M. Loubet, ancien président de la République. L'Ecole dentaire de Paris a participé à ce Congrès.

Ce volume de 318 pages contient les rapports présentés aux assemblées générales.

IIe Congrès des Praticiens (Lille 1908).

Le volume des *Procès-verbaux des séances du IIe Congrès des Praticiens, Lille* 1908, vient de paraître et sera envoyé contre remboursement de la somme de 4 francs, sur demande adressée à l'imprimerie L. Danel, 93, rue Nationale, à Lille.

Manuel théorique et pratique des dents à pivot, de V. Dubois.

Volume in-8° avec 45 planches hors texte sur papier couché.

Les souscriptions sont reçues accompagnées d'un mandat-poste de 6 fr. 35, envoi compris, chez MM. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole de Médecine, à Paris,

ou chez l'auteur, 20, rue de la Chaussée-d'Antin.

NOUVELLES

Examens pour le diplôme de Chirurgien-Dentiste.

Les examens pour le grade de chirurgien-dentiste auront lieu aux dates ci-après à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy :

1er examen,	lundi	9 novembre,	à 3 h. 1/2.
2e —	mercredi	11 novembre,	à 3 h. 1/2.
3e —	vendredi	13 novembre,	à 9 h.

Les consignations seront reçues jusqu'au vendredi 30 octobre.

Ecole dentaire de Paris.

M. Worms, professeur de droit médical, a été nommé professeur honoraire.

M. Miégeville a été nommé membre du Conseil de direction, par décision du 21 juillet, en remplacement de M. Loup, démissionnaire conformément à l'art. 3 des statuts, et, par décision du 6 octobre, M. Miégeville a été nommé économe.

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a décidé, dans sa séance du 6 octobre, l'ouverture de concours dans la seconde quinzaine de février 1909 pour les postes suivants :

2 professeurs suppléants de dentisterie opératoire.
1 professeur suppléant de prothèse.
2 chefs de clinique de chirurgie dentaire.
2 — — dentisterie opératoire.
1 chef de — d'orthodontie.

Exposition de Bruxelles.

Une exposition internationale aura lieu à Bruxelles en 1910. Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a décidé en principe la participation de l'Ecole à cette Exposition.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

6me Liste.

N° 110. — On demande très bon opérateur à Marseille, pouvant devenir associé.

N° 111. — On demande bon opérateur à Oran. D. E. D. P.

N° 113. — Ville de Paris. Cabinet dentaire à céder pour cause de décès. Revenu des 4 dernières années, ci 10.000 fr. Prix demandé environ 8.000 fr. (matériel compris).

N° 115. — Docteur médecin D. E. D. P., D. F. M. P., demande place d'opérateur à Paris, s'associerait au besoin pour prendre cession ensuite.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

28e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉTAT HISTOLOGIQUE Des FOLLICULES DENTAIRES CHEZ les EMBRYONS, FŒTUS ET NOUVEAU-NÉS DANS LES CAS D'INFECTION CONCEPTIONNELLE

(Syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc.)

Par M. THEUVENY,

Chef de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.

Depuis plus de dix ans que je fréquente les différentes maternités de Paris, j'ai eu l'occasion d'examiner, à tous les points de vue, les divers produits de conception de femmes diversement infectées avant et pendant leur grossesse. Et de même que j'ai recherché [1] les lésions des os en général dans les modalités infectieuses, j'ai pensé qu'il pouvait y avoir du côté de la formation des dents, des modifications d'ordres variables. Puisque la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, comme toutes les autres infections graves de la mère sont capables d'altérer le tissu osseux soit dans son développement, soit dans sa texture locale, soit dans sa forme générale, il était possible de voir des manifestations analogues, dans le développement, la texture des follicules dentaires.

1. *La dystrophie osseuse syphilitique congénitale*. Soc. Obstétricale de France, Paris, 1905.

Et si l'on arrivait à trouver dans ces follicules, à quelque période qu'ils fussent, des lésions, il était probable que ces lésions allaient se manisfester de façon nette et diverse, sur la dent une fois sortie, aussi bien sur la dent de lait que sur la dent définitive. De plus, pouvait-on, par cet examen histologique du follicule dentaire, dire la lésion constatée, spécifique soit de la syphilis, soit de l'alcoolisme, de la tuberculose, de l'albuminurie, d'une infection suraiguë, etc., ou bien toutes ces tares chroniques ou passagères marquaient-elles les follicules d'une même empreinte et n'y avait-il pas plus vraiment une dent d'Hutchinson caractéristique de la syphilis, que caractéristique de la tuberculose, ou d'une infection quelconque. En un mot, ces différentes infections sont-elles susceptibles de créer des lésions de tout ordre qui, microscopiquement, ne pourraient être utilement séparées les unes des autres et qui, macroscopiquement, au seul point de vue pratique et professionnel, seraient susceptibles d'être confondues entre elles ?

J'avais du reste écrit en addendum à la fin d'une communication faite dans *L'Odontologie* du 15 février 1907, sur *Les dents chez le fœtus et le nouveau-né syphilitiques*, la phrase suivante : « Je ne veux pas, toutefois, faire de la » syphilis héréditaire le seul facteur causal de ces diverses » lésions observées, et je suis persuadé que, si elle en est la » raison majeure, les grandes infections de la mère pen- » dant la conception, les intoxications quelles qu'elles » soient, auxquelles a pu être soumis *in utero* le produit » fœtal, sont capables de produire, à différents degrés, les » altérations des divers tissus dentaires du fœtus ou du » nouveau-né. »

D'ores et déjà, je dois dire qu'à la suite de nombreux examens que j'ai pratiqués, je suis persuadé que toutes les grosses infections sont susceptibles de déterminer des lésions nettes et indéniables sur les germes dentaires, sans que l'on puisse affirmer qu'il s'agisse plutôt dans tel cas, de telle ou telle cause afférente.

J'ai reproduit, moi-même, en dessins à la chambre claire,

avec les colorations telles qu'elles sont, en des photographies microscopiques, quelques-unes des coupes que j'ai pratiquées. Ces épreuves sont telles qu'elles se sont présentées sous le microscope, sans aucune altération ni retouche [1].

Le plus grand nombre, quatorze sur dix-huit, ont été dessinées avec un microscope de Nachet, oculaire 2, objectif 3, les autres avec le même oculaire et l'objectif 5. Toutes les pièces ont été préparées comme à mon habitude : Fixation dans le formol à 40 o/o, décalcification dans une solution à saturation d'acide picrique additionnée de 3 o/o d'acide nitrique, enrobement au collodion, colorations à l'hématoxyline, hématoxyline-éosine, hématoxyline et Van Giesen.

Ces pièces, au nombre de dix-huit, sont toutes de maxillaires inférieurs d'embryons, fœtus ou nouveau-nés, venant, soit de la Maternité de Port-Royal, soit, en plus grande partie, de la Maternité de l'hôpital Beaujon.

Sur ces dix-huit observations :

8 proviennent de syphilitiques.
2 — d'albuminuriques gravement atteintes.
2 — d'éclamptiques.
2 — de tuberculose pulmonaire aiguë.
1 — de granulie suraiguë.
1 — d'intoxication saturnine.
1 — d'intoxication phosphorée.
1 — d'alcoolique maternelle.

Les embryons sont au nombre de trois, ayant au moment de leur expulsion de cinq à six mois de vie intra-utérine (granulie, intoxication phosphorée, deux syphilitiques), les fœtus au nombre de deux, vont de six à sept mois et demi (deux éclamptiques, un albuminurique, cinq syphilitiques, un tuberculose pulmonaire aiguë), les enfants à terme ou très près du terme, au nombre de cinq (un alcoolisme, un

1. Pour la reproduction des dessins, je me suis trouvé obligé de les refaire dans des conditions analogues, mais au trait à la plume et sans couleurs.

albuminurique, un tuberculose pulmonaire aiguë, un intoxication saturnine, un syphilitique).

Sur tous ces maxillaires, les coupes ont porté sur les différents points de chaque branche, intéressant toute l'étendue de la branche, et, par conséquent, aussi bien les follicules des incisives que ceux des grosses dents, les follicules des dents de lait que ceux des dents permanentes. Dans les dessins, comme dans les photographies, étant donné les détails histologiques qui étaient nécessaires, je n'ai figuré que la coupe de l'une de ces dents (une par observation); ces dents sont, tantôt la dent de lait, tantôt la dent permanente; chaque reproduction désigne le genre de follicule. J'ai, dans chaque observation, pris la dent qui, parmi toutes les autres, me paraissait présenter les lésions maxima et qui était, en quelque sorte, la caractéristique de l'état général.

Il va sans dire que toutes les dents, dans tous les faits examinés, ne présentaient pas toutes des lésions, mais, dans *seize* observations sur dix-huit, il y avait toujours deux ou trois dents au moins de touchées, ou dans les odontoblastes, la dentine, l'émail ou dans les adamantoblastes (améloblastes).

Dans deux faits seulement, ceux qui concernent les produits des deux tuberculoses pulmonaires aiguës, je n'ai rien trouvé; or, ces enfants étaient à terme ou près du terme. Ceci ne veut pas dire que plus tard, si ces enfants, prédisposés à la tuberculose dans une modalité quelconque, avaient survécu, s'ils avaient été alimentés d'une façon défectueuse, ces enfants, dis-je, n'eussent pas eu des dents altérées macroscopiquement ou microscopiquement; mais, à leur naissance, il est certain que la maladie profonde de leur mère n'avait pas influé sur le développement des follicules dentaires en quoi que ce soit.

Je résumerai en quelques mots, à la fin, à propos de chaque reproduction de coupe, l'observation de chacun de ces cas.

Quelles sont, avant tout, les diverses lésions constatées, sans tenir compte de la cause occasionnelle?

Lésions des follicules. — 1° Les altérations sont de siège, d'intensité et de nombre absolument variables.

Elles sont situées, non seulement pour les observations diverses, mais pour les dents d'une même observation, à des endroits variables. Tantôt, en effet, elles touchent la dentine, tantôt l'émail, tantôt les adamantoblastes.

1° *Odontoblastes.* — Il est une remarque très importante, c'est que, dans aucun cas, même avec de forts grossissements (Nachet, ocul. 2, obj. 5) nous n'avons observé de lésions des odontoblastes.

Ces cellules ont le même aspect, les mêmes dimensions et la même ordonnance que dans les follicules normaux. Les plus grosses, les plus allongées, bien et régulièrement orientées, sont au voisinage de la dentine nouvelle qu'elles contribuent à former, tandis que les autres sont placées sans ordre apparent les unes à côté des autres. Les noyaux de toutes se colorent très vivement, tandis que le protoplasme se teinte de façon bien moins accentuée mais très nette cependant.

Donc, dans quelque cas que ce soit, avec ou sans autre lésion, odontoblastes normaux.

2° *Dentine.* — Au contraire, la dentine montre des lésions de toutes sortes, d'intensité variable, souvent différentes suivant les maxillaires envisagés et aussi les dents d'un même sujet. Elles consistent en la présence, soit de crénelures, de globules dentinaires très abondants, de lacunes, de striations irrégulières avec ou sans globules, d'un état prismatique spécial.

α *Crénelures.* — Ces crénelures sont, en général, situées en deux places différentes, soit (α), en plein corps de la dentine, en général plus rapprochées de la surface externe que de l'interne (union du 1/3 externe avec le 1/3 moyen) ; soit (6) à l'union de la dentine et de l'émail.

Toutes ces crénelures sont irrégulières de dimensions, tantôt profondes, tantôt peu marquées et d'épaisseur variable ; le plus souvent, elles sont continues et sont surtout

fréquentes et accentuées sur les bords de la dentine, intéressant moins souvent le sommet que les côtés [1].

Celles qui siègent en pleine dentine sont le plus souvent sur une seule ligne d'épaisseur assez considérable, en tous cas, plus accentuées que les autres; celles qui sont à la



Fig. I.
Prémolaire, 2e dentition. Crénelures de la dentine.
Syphilitique. Oc. 2, obj. 3 (Nachet).

limite de l'émail sont très fréquemment comme dédoublées en plusieurs lignes.

(Les coupes de ces dents ayant été incluses au collodion, après préparations très lentes et minutieuses, il est impossible d'invoquer ici une cuisson de la pièce comme pour certaines préparations à la paraffine, ou une rétraction violente comme dans les pièces brutalement fixées.)

---

1. Il est bien entendu que les coupes que nous avons examinées, dont nous avons reproduit quelques-unes et dont nous avons tiré nos conclusions, n'ont porté que sur des dents chez lesquelles le minimum de développement comportait déjà un capuchon considérable d'émail (ce sont les moins nombreuses), et dont la plus grande partie avait déjà son émail et sa dentine à l'état de perfection presque complet. Enfin, nous avons pris ces dents aussi bien parmi les dents de lait que parmi les dents permanentes, dont la calcification était commencée (premières molaires), voulant éviter l'objection que l'on pourrait faire de lésions existant sur la première dentition et pouvant ne plus exister sur la seconde.

β *Striations.* — Sur l'une des pièces (prémolaire, première dentition, fig. V), nous avons trouvé dans toute la dentine, de profondes striations transversales occupant toute la largeur de la dentine et espacées de façon très irrégulière les unes des autres, sans mode défini de groupe-

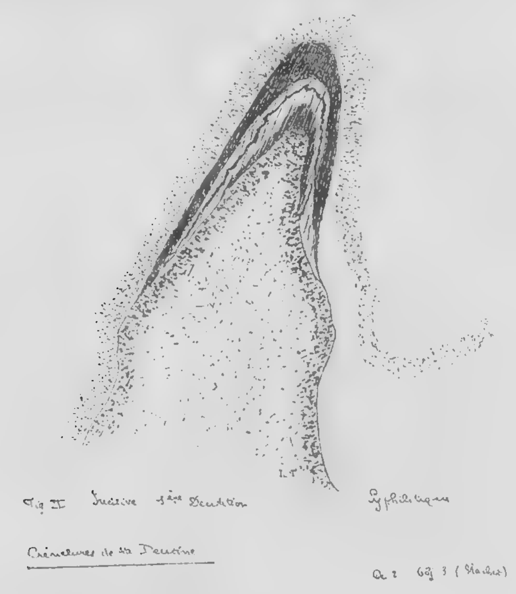


Fig. II.
Incisive, 1re dentition. Crénelures de la dentine.
Syphilitique. Oc. 2, obj. 3 (Nachet).

ment. A l'examen, elles sont profondes, donnant l'impression d'une forte empreinte dans le tissu environnant et sont plus colorées que tout le reste de la dentine, mais aucune d'elles n'intéresse la face interne ni la face externe de la dentine ; celle-ci ne porte, en effet, aucune éraillure, aucune crénelure sur aucune de ses faces.

Examinées à un faible grossissement, ces striations paraissent n'intéresser que la dentine, mais, à un fort grossissement, elles se continuent d'une façon indubitable sur l'émail ; elles y sont moins profondes et leur coloration est moins accentuée mais elles sont la suite bien nette des striations dentinaires. De plus, à ce même grossissement, on aperçoit à leur niveau, de légères surélévations de la face externe de l'émail dont les parties intercalaires semblent

former, par suite, une série d'encoches de diverses grandeurs et de profondeur variable.

Il est certain que l'on peut, dans ce cas, très bien admettre que la dent une fois hors du sac dentaire, présente sur l'émail une série de stries plus ou moins profondes, irrégulières, siégeant sur toute la hauteur de l'émail. Il est, en effet, de toute évidence que des altérations aussi marquées dans la dentine comme dans le corps de l'émail ne sont pas des lésions passagères et sont assez accentuées pour persister une fois l'éruption effectuée, sous forme d'encoches, de crénelures, de striations, d'aspect, de formes et de profondeur variables.

γ *Globules dentinaires.* — Il est une altération que nous avons rencontrée assez souvent : ce sont les globules dentinaires (Fig. III, IV, VI, etc.). Ils sont de dimensions et de quantité très variables et se groupent, en général, de deux façons : soit à la face de la dentine qui touche les odontoblastes, soit en plein milieu de la dentine elle-même.

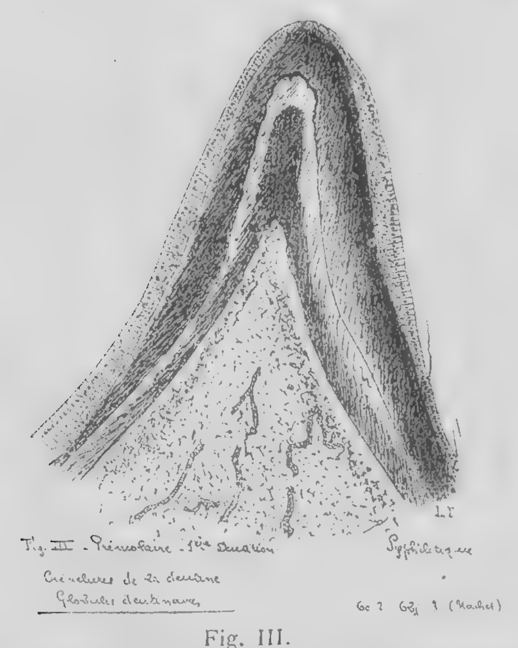


Fig. III.
Prémolaire, 1re dentition. Crénelures de la dentine. Globules dentinaires. Syphilitique. Oc. 2, obj. 3 (Nachet).

Il est rare, du reste, qu'ils soient la seule lésion de la dent examinée. Le plus souvent, ils existent avec des crénelures de la dentine, soit crénelure superficielle, soit crénelure profonde. Lorsqu'ils sont au voisinage des odontoblastes, ils font presque toujours saillie au milieu de ceux-ci. Quand ils sont en pleine dentine, ils siègent, dans la plupart des cas, dans le tiers inférieur, c'est-à-dire dans la zone néoformée de l'ivoire, assez rapprochés encore des odontoblastes. Le plus habituellement, enfin, on les trouve à la fois au bord et dans la zone précitée de la dentine.



Fig. IV.

Incisive, 1re dentition. Crénelures de la dentine. Globules dentinaires. Syphilitique. Oc. 2, obj. 3 (Nachet).

Enfin, sur l'une des préparations (incisive, 1re dentition) nous en avons trouvé de très nombreux, situés dans la couche la plus profonde de l'ivoire, en même temps que celui-ci présentait au milieu et autour d'une bande très colorée, de nombreuses striations, et pendant que la couche la plus externe de la dentine disparaissait presque sous un réseau serré de striations formant de véritables mailles.

A un grossissement très élevé, on s'aperçoit que ces

globules sont de véritables épaississements de même tissu que la dentine qui les environne, qui semble avoir à ces endroits, deux ou trois fois l'épaisseur normale ; il s'agit là de sortes de véritables nœuds tels que l'on en rencontre dans la texture du bois à l'endroit de la naissance des branches ; ce sont là dans ces tissus, des lieux de moindre résistance à tous les points de vue.

δ *Lacunes dentinaires.* — Sur plusieurs pièces de la même série, en même temps que des stries de l'ivoire et des globules dentinaires, nous avons trouvé au sommet de la dentine une sorte de tissu lacunaire non prismatique, d'aspect plutôt kystique. Il semble, qu'à cet endroit, au contact même de l'émail, le tissu de l'ivoire se soit comme infiltré, comme laissé distendre ; la masse de la dentine est presque en voie de désagrégation.

Il est impossible, même à un très fort grossissement, de distinguer, de façon plus précise, cet aspect particulier. Il ne s'agit pas là de prismes de l'émail qui aurait été déplacé par la section du rasoir, il s'agit bien plutôt d'une altération véritable de la dentine dont la valeur et la genèse sont difficiles à déterminer.

ε — Sur deux autres préparations d'un maxillaire (incisive, première dentition, fig. VII) l'aspect de la dentine était très particulier. Alors qu'un tiers de cette substance semblait normal, tout le reste offrait un aspect *prismatique* très net. Le plus grand nombre de ces prismes étaient octogonaux, les autres présentaient quatre, cinq ou six faces. La majorité était à peu près de même taille sauf vers les bords où les figures géométriques tendaient à s'aplatir et à se rapetisser.

En un mot, la dent, dans sa plus grande partie, présentait une véritable structure aréolaire, donnant l'impression d'une sorte de rayon de miel.

Il va sans dire, qu'avec un tel état de la dentine, malgré l'intégrité apparente de l'émail, malgré la présence d'une petite quantité d'ivoire sain, la dent est vouée soit à un arrêt de développement, soit à un vice plus complet dans

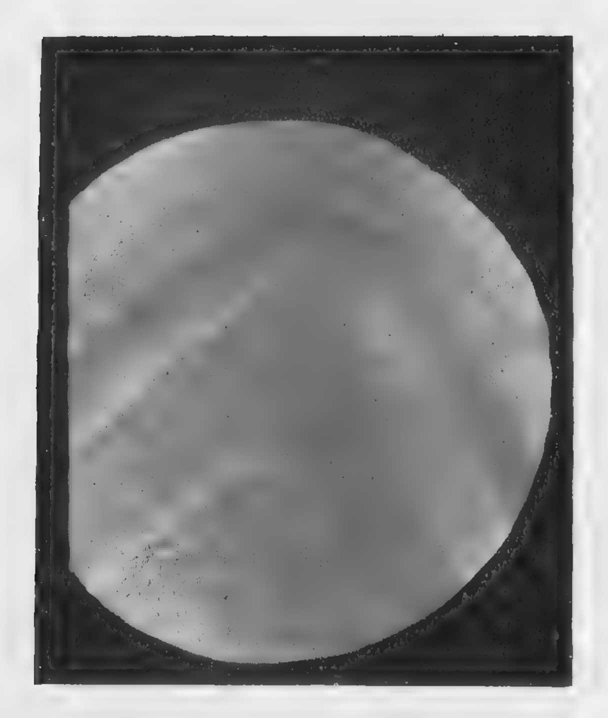


Fig. V.
Prémolaire. 1re dentition. Striation de la dentine et de l'émail. Crénelures de l'émail. Syphilitique. Oc. 2, obj. 5.



Fig. VI.
Incisive. 1re dentition. Globules dentinaires. Eclamptique. Oc. 2, obj. 5.

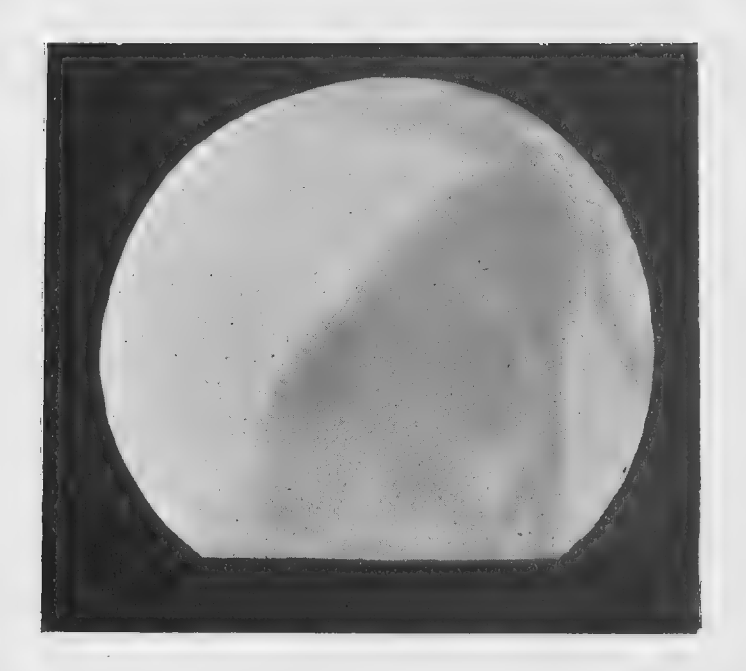


Fig. VII
Incisive. 1re dentition. Aspect prismatique de la dentine. Syphilitique. Oc. 2, obj. 2.

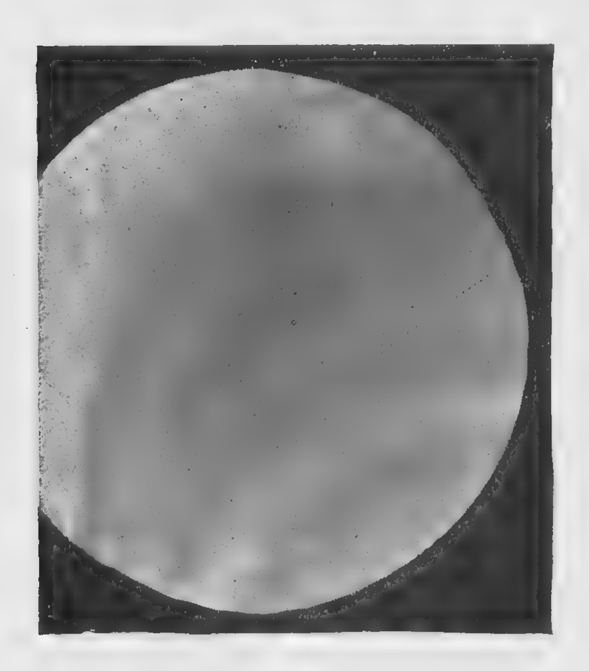


Fig. IX.
Prémolaire. 2e dentition. Saturnisme. Striations antérieures. Aspect aréolaire de la dentine. Globules dentinaires.

ce développement et de plus, à une destruction inévitable, soit par extension de la lésion même, soit par un traumatisme, si léger soit-il.

ς — Une lésion nous a frappé, à l'état très développé sur deux maxillaires différents ; chez tous deux la dentine montre, sur la plus grande partie de son étendue, une sorte *de réseau à mailles irrégulières*, n'ayant aucun caractère prismatique, mais cependant d'une netteté absolue. Ce réseau dont les mailles sont beaucoup plus foncées que le reste de l'ivoire, ne semble pas superficiel, mais pénétrer assez profondément dans le tissu même de la substance. Il est, nous le répétons, d'une irrégularité extrême, ressemblant à une sorte de filet qui serait étendu soit en nappe discontinue, soit par places sur la dentine. Entre lui, on voit les fibres dentinaires à peu près régulières.

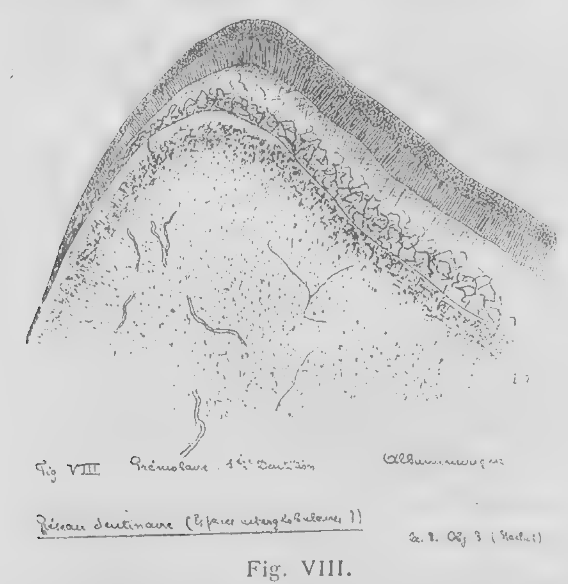


Fig. VIII.
Prémolaire, 1re dentition. Réseau dentinaire (espaces interglobulaires). Albuminurique. Oc. 2, obj. 3 (Nachet).

Sur l'une des pièces (prémolaire, première dentition, fig. VIII), ce réseau couvre les deux tiers externes de la dentine, arrivant, d'un côté, au contact direct de l'ivoire, de l'autre, au tiers interne de la dentine néoformée qui, ici,

contrairement à ce qui existe normalement, est très colorée et non plus claire comme tout le reste. Sur l'autre (prémolaire, deuxième dentition, fig. IX), ce réseau ne s'étend qu'au sommet de la dentine, ayant là l'aspect un peu lacunaire de la pièce citée au chapitre précédent, mais en dehors

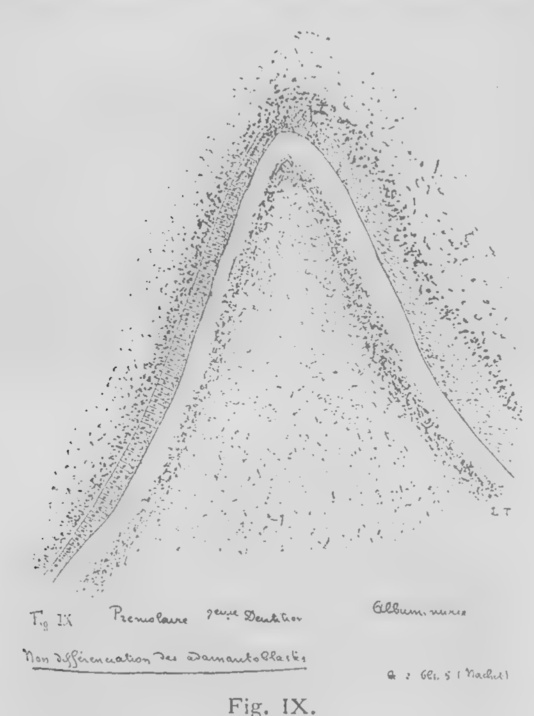


Fig. IX.
Prémolaire, 2e dentition. Non différenciation des adamantoblastes. Albuminurie. Oc. 2, obj. 5 (Nachet).

de nombreux globules dentinaires profondément situés ; à l'union du tiers externe et du tiers moyen, existe une zone dentinaire très colorée d'où partent des sortes d'arborisations, également colorées, qui strient de façon désordonnée et inégale la dentine d'aspect sain et qui restent visibles en s'accentuant encore quel que soit l'objectif avec lequel on les examine.

Bref, il existe là un aspect tout particulier de l'ivoire, indiscutable, qui n'est imputable à aucun vice de préparation ni de coloration, et qui doit, à notre avis, représenter un trouble dans la nutrition ou la formation de l'ivoire, sans qu'il

semble possible d'en tirer une autre déduction que celle d'une dent dont la vitalité et le développement seront au plus haut point sujets à caution.

3° α Email et adamantoblastes. Non différenciation des adamantoblastes. — L'une des coupes, sur une dent de fœtus de huit mois et demi (incisive fig. IX), montre l'aspect suivant : la dentine est à peine esquissée et ne se montre pas sous l'apparence d'une masse compacte ; l'intervalle qui sépare les odontoblastes des adamantoblastes, est à peine teinté par le colorant (hématoxyline), mais la régularité de cet espace, bien que l'œil n'y puisse guère distinguer d'épaississement, prouve qu'il est occupé par un tissu très léger, très mince, qui ne peut guère appartenir qu'à une formation dentinaire tout à fait à son début. Mais, et c'est là le point sur lequel nous voulons insister, et qui s'est présenté dans un certain nombre d'observations, tandis que, sur tout un côté de la dent, les adamantoblastes sont parfaits, réguliers, à cellules bien alignées, avec leur noyau basal précis et leur extrémité opposée bien séparée, sur la face opposée et surtout au sommet, il n'existe plus d'extrémité libre de la cellule bien nette ; on aperçoit avec peine les noyaux des cellules très diminués de volume, aplatis, tandis que le corps cellulaire même est réduit à presque rien, se fusionnant avec tous les autres pour former entre l'émail et les noyaux des adamantoblastes, une couche amorphe dans laquelle on aperçoit de nombreux petits débris ressemblant un peu à des fragments de noyaux disséminés sans ordre.

β Email pseudo-kystique et globules d'émail. — Dans deux des observations suivantes (incisive, première dentition, fig. XI), nous trouvons les aspects que voici. Dans la première, au lieu de voir, ce qui est fréquent à la face externe de l'émail, une légère couche de prismes réguliers qui ne sont autre chose que l'émail vu, non plus en coupe longitudinale mais oblique et à tendance perpendiculaire, il existe au sommet seulement une zone de lacunes irrégulières sans forme spéciale. Là, comme dans la dentine de

cette même coupe, le tissu est comme infiltré, œdématié, distendu. Cet aspect répond certainement à un vice de formation de l'émail dû aux adamantoblastes, car, à cet endroit, la couche des cellules formatrices n'est plus aplatie comme souvent, mais, au contraire, épaissie, boursoufflée.



Fig. XI.

Incisive, 1re dentition. Lésions de l'émail des adamantoblastes de la canine. Globules dentinaires. Syphilitique. Oc. 2, obj. 5 (Nachet).

Elle n'est plus formée d'adamantoblastes réduits à leurs noyaux, mais d'un véritable feutrage informe où se distinguent de nombreux points plus colorés auxquels il est difficile de donner une signification. Cette sorte de fonte des cellules existe non seulement, au sommet, mais aussi sur les côtés sur une assez longue étendue. Il s'agit là d'une véritable lésion formatrice susceptible d'entraîner un vice de développement de l'émail et surtout un état défectueux de cette substance et par conséquent, une usure et une destruction précoces et rapides.

Dans le second cas (incisive, première dentition, fig. XII), la lésion est moindre, mais l'aspect pseudo-kystique est très

net d'un côté, et tandis qu'en face il existe des prismes de l'émail presque réguliers, le sommet de la dent est indemne. Les lésions des adamandoblastes sont très minimes.

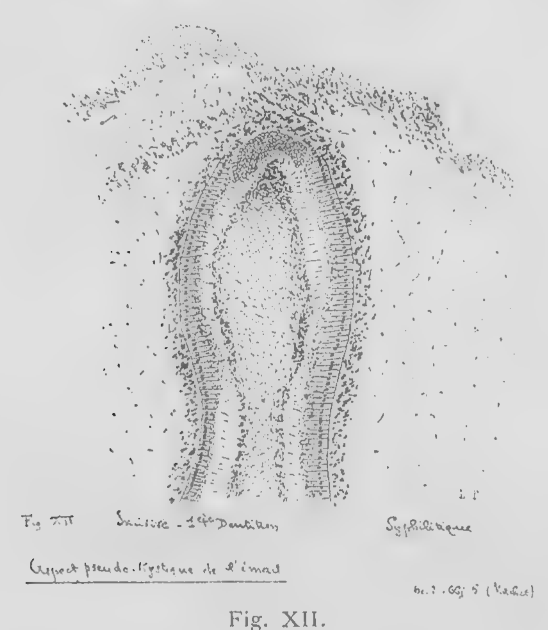


Fig. XII.
Incisive, 1re dentition. Aspect pseudo-kystique de l'émail. Syphilitique. Oc. 2, obj. 5 (Nachet).

Dans une troisième pièce (canine, première dentition, fig. XIII), l'émail montre, sur l'un des côtés, de nombreux prismes réguliers ou à peu près, très différents de l'état pseudo-kystique ou lacunaire que font voir les précédentes. Mais, par contre, il présente un certain nombre de globules analogues à ceux déjà observés dans la dentine. Ces globules sont surtout situés au niveau de la face externe et interne de l'émail et, à un fort grossissement, paraissent comme les globules de l'ivoire, de même tissu que l'émail, ayant la forme d'un véritable épaississement de cette substance et non d'un véritable tissu anormal ou de corps étranger.

Enfin, sur une dent de l'observation, concernant une incisive (1re dentition, fig. XIV) nous avons trouvé de profondes ENCOCHES DE L'ÉMAIL. Ces encoches sont irrégulières,

de profondeur et de formes variables, mais l'inspection

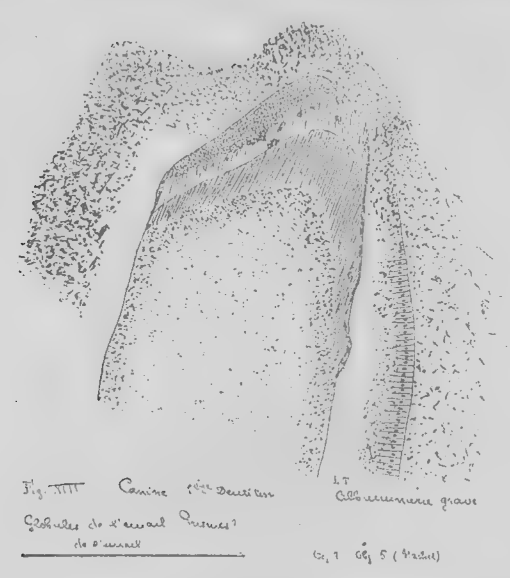


Fig. XIII.
Canine, 1re dentition. Globules de l'émail. Prismes de l'émail.
Albuminurie grave. Oc. 2, obj. 5 (Nachet).

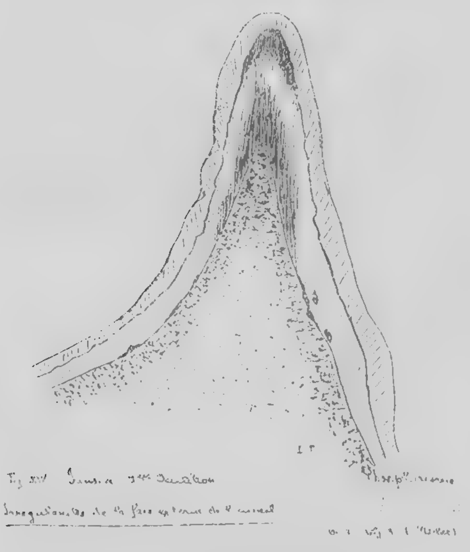


Fig. XIV.
Incisive, 1re dentition. Irrégularité de la face externe de l'émail.
Phosphorisme. Oc. 2, obj. 3 (Nachet).

seule montre qu'elles seront persistantes la dent une fois au jour.

Examiné avec un objectif plus fort, l'émail est de texture régulière, sans globules et sans striations intérieures, mais la dentine par contre, présente à son union avec l'émail, une grande quantité de ces petites crénelures que nous avons déjà décrites dans d'autres observations. La dent envisagée ici est une incisive de première dentition dont le développement est à peu près achevé et dont les lésions, ainsi que nous le disions, seront sans doute indélébiles.

Nature des intoxications causales. — Voici maintenant à quelles observations correspondent les lésions observées.

Mais, avant toute chose, et le point important est là tout entier, nous devons répéter que nous n'avons pas trouvé que cette lésion unique dans chacun des cas et sur une seule des dents de chaque sujet.

En effet, si telle lésion un peu spéciale a été trouvée dans tel cas d'infection conceptionnelle, nous ne l'avons pas trouvée que sur une dent de ce sujet, mais sur plusieurs dents de ce même maxillaire; car, parmi les nombreuses coupes que nous avons examinées nous n'avons reproduit que la plus typique, et cette coupe la plus significative, la plus démonstrative, nous l'avons choisie aussi bien parmi les dents de la première dentition que parmi celles de la seconde (c'est dire que les lésions peuvent siéger aussi bien sur l'une que sur l'autre de ces deux formations).

Enfin, et surtout, si nous avons trouvé telle lésion particulière dans telle observation, nous ne l'avons pas, et c'est là le point capital, trouvée seule; c'est-à-dire que sur d'autres dents du même sujet, nous avons constaté aussi d'autres lésions très différentes; c'est-à-dire que nous ne nous croyons pas autorisé à écrire que telle lésion trouvée sera la lésion qui caractérisera la maladie causale, la maladie infectieuse conceptionnelle.

Du reste, nous avons observé quelquefois des lésions dentaires semblables chez des sujets bien différents et infectés de façon diverse, le tableau suivant en donnera l'idée exacte et complète :

Sur 18 observations :

- Deux cas où les follicules dentaires ne présentaient aucune lésion. *Tuberculose pulmonaire aiguë.*
- Crénelures de la dentine et globules dentinaires.
  Striations dentinaires.
  Cinq cas : *Syphilis préconceptionnelle, d'intensité, d'espèce et de date variables.*
- Globules dentinaires.
  Deux cas { *Intoxication aturnine.* / *Éclampsie*
- Irrégularités, encoches de l émail.
  Un cas : *Intoxication phosphorée.*
- Lacunes dentinaires.
  Un cas : *Éclampsie.*
- Dentine aréolaire.
  Un cas : *Syphilis.*
- Dentine avec réseau dentinaire et globules.
  Deux cas { *Albuminurie grave.* / *Granulie aiguë.*
- Lésion des adamantoblastes.
  Un cas : *Alcoolisme aigu.*
- Email pseudo-kystique.
  Trois cas { Deux de *Syphilis.* / Un d'*Albuminurie.*

Par ce tableau il est facile de voir que si la syphilis semble devoir donner plutôt des lésions de la dentine et être la source la plus fréquente des lésions en général, c'est qu'elle domine malheureusement de très haut l'anatomie pathologique, obstétricale, conceptionnelle. C'est en effet, on le sait, la cause maxima de l'avortement et de l'accouchement prématuré ; ici, tous les cas de syphilis concernent des produits avant terme.

Mais elle ne donne pas la lésion toujours uniforme puisqu'elle crée aussi des lésions de l'émail et puisque aussi nous les avons trouvées ces lésions, associées à d'autres toutes différentes. Et parmi les autres troubles constatés, on voit s'associer, d'une façon un peu désordonnée, l'intoxication saturnine et l'éclampsie, l'albuminurie grave et la granulie aiguë, par exemple.

Conclusions.

Ces différentes formes de lésions, ces associations causales dans les maladies du follicule, prouvent une chose capitale, c'est qu'avant tout la cause qui domine la lésion (dentine, émail ou adamantoblastes) c'est l'intoxication de l'enfant par la mère.

Que cette intoxication soit la syphilis (sous quelque intensité ou forme que ce soit), l'albuminurie, le phosphorisme, etc., la vraie raison est l'intoxication de la mère par un poison, poison aigu, lent, chronique, ancien ou nouveau ; la lésion sera d'autant plus profonde, d'autant plus variable, qu'elle sera intense. Et nous sommes persuadés qu'en présence d'une dent ainsi atteinte, ayant l'une ou l'autre ou plusieurs des lésions que nous avons décrites, il n'est pas possible, à moins d'en connaître la véritable cause toxique, de dire : cette dent dépend de telle ou telle maladie causale ; et si peut-être, en clinique la dent une fois sortie, on a pu décrire une dent hérédo-syphilitique, une dent d'Hutchinson, il n'est pas possible, dans les cas où nous sommes placé, de dire : cette dent est une dent d'hérédo-syphilitique, d'intoxiqué par la tuberculose, par le plomb, par l'alcool ; on ne peut rien affirmer, on ne peut que dire : c'est une dent d'intoxiqué conceptionnel.

Enfin, si l'on admet que, l'enfant vivant, ces lésions persistent telles quelles, ou à fortiori se manifestent plus accentuées soit à la première, soit à la seconde dentition, il n'est pas toujours cliniquement possible, devant des accidents tels qu'érosions, crénelures, fissures, caries précoces, déformations ou malformations, etc., de les attribuer toujours aux grandes causes que l'on a souvent invoquées : hérédo-syphilis, vices d'alimentation, rachitisme, etc. Il faudra penser aussi à l'intoxication maternelle, à l'intoxication de l'enfant *in utero*, et la conclusion la plus pratique, la plus grossière, mais la plus fréquente, sera donc la même, en clinique comme en anatomie pathologique : *Lésions des dents par intoxication.*

REVUE DES REVUES

LE PROBLÈME DE L'ACIDE URIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LES INFLAMMATIONS PÉRICÉMENTAIRES

Par J. Endelmann, de Philadelphie.

(Communication à la Société Odontologique de New-York[1]*, 18 février 1908.)*

Dans notre dernier numéro on a lu un intéressant article de M. Endelmann sur ce sujet. On trouvera ci-dessous une partie de l'importante discussion dont il a été l'objet.

Discussion.

M. W. B. Dunning. — M. Endelmann commence par se limiter à discuter la forme de pyorrhée associée à la diathèse goutteuse en insistant sur ce fait que beaucoup de manifestations péricémentaires sont les symptômes de troubles généraux qui ne sont pas associés à la goutte. Il dit que quand le foie a une action inférieure à la normale ou quand il est surchargé par une absorption anormale d'aliments azotés il n'accomplit pas complètement son travail d'oxydation pour former de l'urée. Les reins éliminent rapidement celle-ci, mais les éléments toxiques restent dans le sang et donnent naissance aux symptômes de la diathèse urique. Puis vient une théorie expliquant le dépôt d'urates de sodium, calcium, etc., dans les tissus fibreux des jointures, notamment dans la membrane péricémentaire.

L'abus des lésions traumatiques de ce tissu cause une acidité relative ou réelle au point où le choc a porté ; il en résulte la dissociation chimique de ce tissu, se terminant, suivant M. Endelmann, par la formation d'acide lactique. Les urates, solubles dans le sang normalement alcalin, sont alors précipités en ce point, formant un foyer d'irritation qui incite l'activité des organismes producteurs du pus et il s'ensuit un abcès péricémentaire.

Mon but en rappelant cette partie de la communication est de poser une question importante qui est de savoir si les concrétions trouvées sur les portions apicales des racines sont en réalité des urates. M. Endelmann, en citant les recherches de Kirk, Pierce et autres, considère cela comme admis ; tandis que les observations de Talbot faites sur un grand nombre de cas semblent permettre un

1. V. *L'Odontologie* du 15 octobre 1908, p. 289.

doute à cet égard. Dans son chapitre sur l'acide urique comme facteur étiologique ce dernier auteur passe en revue une série d'expériences et conclut ainsi :

Sur 950 cas examinés par divers chimistes à différentes périodes 5 à 6 o/o donnent des résultats positifs, quant à l'acide urique à l'examen chimique et microscopique. Ces résultats démontrent péremptoirement que la gingivite interstitielle n'est pas due seulement à l'acide urique ; que celui-ci n'est qu'une expression de la diathèse urique et une coïncidence, car il n'est pas toujours présent dans les gencives et le tartre des patients atteints de goutte ou de diathèse urique.

Comme je n'ai pas spécialement étudié la question, je ne puis discuter les conclusions de Talbot, Kirk, Pierce, Rhein et Reeves. Si cependant celles de Talbot sont justes, un grand nombre de cas de pyorrhée chez des patients goutteux ne présenteront pas les éléments constitutifs de la goutte dans les dépôts calcaires sur les dents et ne justifieront pas l'explication que donne M. Endelmann de ce dépôt.

Les expériences de Talbot comprennent l'examen de calculs dentaires de tout genre, dont beaucoup sans anamnèse, quoiqu'ils aient tous été perdus par affection péricémentaire ; mais sachant combien il est fréquent que la pyorrhée alvéolaire soit précédée de symptômes goutteux, on peut affirmer qu'un grand nombre de ces dents provenaient de goutteux et que les 5 ou 6 o/o qu'il mentionne constituent une faible proportion des cas que M. Endelmann comprend dans son travail.

Mais s'il est vrai que la phase initiale de la pyorrhée chez les goutteux est le dépôt d'urates sur la portion apicale des racines, et si ce dépôt se produit de la façon décrite par M. Endelmann, c'est-à-dire par l'usure ou autre lésion mécanique de la membrane péridentaire, nous devrons être plus attentifs quand nous nous servons des dents comme points d'appui pour des bridges ou quand nous imposons à une dent un effort supérieur à celui qu'elle doit fournir. Par conséquent il est heureux que nous puissions recourir aux inlays pour les grandes restaurations et que de longues séances de foulage avec le maillet électrique ne soient plus nécessaires.

M. Henry W. Gillett. — Autrefois je regardais la pyorrhée comme une affection locale, pensant qu'il y avait au fond un état diathésique, mais ne sentant pas que nous étions arrivés assez loin pour avoir une connaissance approfondie de cet état qui pût être utile au praticien. La médication générale que nous instituions pour combattre la pyorrhée n'avait pas assez de succès pour m'encourager à faire des recherches dans cette voie.

Peut-être ai-je mal observé, mais j'ai été sceptique à l'égard de la pyorrhée débutant à l'apex de la racine et je suis tenté de demander

une preuve plus convaincante pour admettre qu'il existe beaucoup de cas semblables. Je ne les nie pas plus que je ne nie l'existence des abcès péricémentaires, mais je ne me souviens pas d'avoir vu, pendant des années de pratique, plus d'un abcès péricémentaire sur une dent vivante, et il s'est présenté à mon observation bien peu de cas de pyorrhée où le mal ait débuté au tiers apical de la racine. Cependant je suis tout prêt à être convaincu et peut-être, je le répète, ai-je simplement mal observé.

La théorie acide de la membrane surmenée semble acceptable, et si on peut la prouver, ce sera une bonne chose pour la pratique. Si nous admettons la troisième conclusion de M. Endelmann, nous sommes conduits à tenir compte des deux ou trois éléments qu'elle concerne dans notre travail quotidien.

J'imagine que beaucoup d'entre nous examineront plus à fond ces cas à l'avenir, puisque nous avons maintenant une théorie plausible pour expliquer notre observation clinique ; toutefois le point le plus important en pratique, c'est celui auquel aboutit la cinquième conclusion, mais elle me semble incomplète.

M. Arthur H. Merrill. — Que nous acceptions ou non toutes les conclusions, nous devons reconnaître que la théorie du rôle joué par l'acide urique dans l'inflammation péricémentaire est très ingénieuse, si ingénieuse même que beaucoup d'entre nous, qui n'ont pas réfléchi suffisamment à la question, seront disposés à l'admettre. Et cependant quiconque a suivi les publications sur ce sujet, pendant les dix dernières années, connaît les diverses opinions professées par les auteurs à cet égard et sait que le courant qui entraînait à considérer l'acide urique, comme un facteur jouant un rôle dans la cause de la maladie, a changé de direction. Le meilleur exemple à en donner, c'est le livre de F.-L. Barker, intitulé « *La vérité et la fiction sur l'acide urique* », qui raille beaucoup des idées dominantes touchant ce loup-garou de la maladie. C.-N. Pierce, l'apôtre de la théorie de l'acide urique dans l'inflammation péricémentaire, qui base son opinion sur l'examen de moins de douze cas de dépôts sur les racines de dents dans lesquelles il trouva des urates de calcium et de sodium, prétend que l'acide urique est bien souvent un facteur étiologique dans cette inflammation. E.-S. Talbot, qui a examiné 950 cas de ce genre, en cite 5 ou 6 o/o avec présence de l'acide urique, mais n'a rien trouvé qui confirme l'hypothèse que l'acide urique joue un rôle dans cette inflammation. Or ces deux auteurs représentent les opinions extrêmes.

Parmi les médecins, bien peu considèrent l'acide urique comme un élément avec lequel il faille compter. Dans sa *chimie pathologique*, publiée en 1907, H. Gideon Wells, après avoir signalé la fausseté de toute théorie, basée sur l'excrétion de l'acide urique, dit :

Sur une base aussi fausse a été échafaudée une théorie sur la diathèse urique, l'intoxication par l'acide urique, la lithémie, etc., qui a fait croire communément qu'une grande partie des maux, en particulier les maladies non infectieuses des articulations et des muscles, dépendaient de la présence de grandes quantités d'acide urique ou d'urates dans le sang. Mais actuellement il n'existe pas de preuve sérieuse qui permette d'attribuer à l'acide urique un état morbide quelconque, sauf les calculs d'acide urique dans les reins, et certaines manifestations goutteuses. L'acide urique est peu toxique et le corps peut se détruire de telle façon, qu'une intoxication de sa part semble peu probable.

Comme confirmation de cela on constate que chez 50 o/o des enfants mourant dans les deux premières semaines de leur existence, on constate des trajets d'acide urique dans les reins, mais il n'y a pas de preuve qu'ils exercent un effet toxique sur les tissus. Parlant des dépôts qu'on rencontre parfois dans les articulations et les cartilages, Wells dit :

Pourquoi l'urate est-il précipité dans ces points ? C'est là un des problèmes de la goutte encore sans solution. On paraît pouvoir écarter l'opinion que cela est dû à un excès d'acide urique dans le sang, et il n'y a pas de preuve suffisante que la précipitation dépend d'une diminution d'alcalinité du sang.

Cependant si j'interprète exactement l'opinion de M. Endelmann, c'est sur cette théorie qu'il base son hypothèse du rôle de l'acide urique dans l'inflammation péricémentaire. Après un examen sérieux des écrits parus sur ce sujet depuis 10 ans, et après l'examen des preuves pour et contre fournies par l'observation clinique, je suis forcé d'avouer que la diathèse urique, comme facteur dans l'inflammation péricémentaire et la pyorrhée est fortement exagérée et que plus tôt on le reconnaîtra dans notre profession, mieux cela vaudra pour les patients.

M. M.-L. Rhein. — En 1887, à une réunion de la Société du premier district, j'exposai l'importance de l'attelle dans la pyorrhée alvéolaire et, depuis, ce mode de traitement des dents qui consiste à fixer d'une manière permanente les dents branlantes, est devenu un procédé fréquent chez beaucoup de praticiens. M. Endelmann nous a donné une explication de la raison et de l'importance de ce traitement. Il nous a dit que quand l'alcalinité ou l'hyperacidité font défaut, nous devons nous attendre à une divergence de l'état physiologique. Il a tiré une autre déduction : la surstimulation et l'abus d'une partie du corps amène une tendance à l'acidité dans cette partie et pour cette raison, le repos absolu est un élément très appréciable pour venir à bout de cette acidité.

Il y a 12 ans j'ai présenté à la Société une communication intitulée « Manifestations buccales d'une mauvaise alimentation » et, sans

pouvoir donner une interprétation bien claire de l'état pathologique qui explique cette condition, j'arrivais aux trois conclusions suivantes :

Les dents branlantes doivent être maintenues solidement pour donner des résultats bienfaisants.

Les dents manquantes doivent être remplacées par des dents artificielles provoquant le moins d'irritation possible sur les tissus mous.

Il est très important que l'occlusion des dents soit aussi exacte que possible.

Cela résume le résultat scientifique de ce qui nous a été lu ce soir. Je ne partage pas toutes les idées émises par M. Endelmann en matière d'étiologie, ni la critique du dernier orateur. Je n'ai pas trouvé, en effet, dans la communication de l'auteur ce que M. Talbot désapprouve, à savoir que dans toutes les formes de pyorrhée nous avons une tendance à incriminer une grande quantité de dépôts uratiques ou quadruratiques. Au contraire, l'auteur dit au début qu'il se limite à une simple phase de la pyorrhée, celle dont la goutte est un facteur prédisposant ou étiologique actif, et il déclare positivement qu'il admet que toutes les maladies organiques peuvent être des facteurs étiologiques.

Talbot, dans son argumentation, a repris la théorie de Pierce, que je n'ai jamais acceptée, à savoir que cette diathèse urique se trouve dans chaque forme de pyorrhée. Je tiens à bien faire remarquer que ce point n'est pas en discussion ce soir. M. Endelmann a simplement pris une forme d'état pathologique connue sous le nom de dyscrasie arthritique et à cet égard la critique de M. Merritt est hors de propos, parce qu'il parle d'une forme de pyorrhée qui n'est pas en discussion. Pendant des années j'ai pensé qu'il n'y avait pas de maladie affectant le corps dans son ensemble qui n'amenât un trouble pathologique des tissus péricémentaires, que vous appeliez cette maladie pyorrhée alvéolaire ou que vous lui donniez un des divers noms sous lesquels elle est connue. Cette manifestation de trouble constitutionnel peut venir d'une de ces causes. De sorte qu'il faut nous féliciter d'avoir sur ce sujet une communication limitée à une forme, parce qu'il nous apporte une quantité d'éléments de discussion, si nous parlons de cette forme spéciale.

Les praticiens qui ont pu surveiller pendant vingt ans les effets de dents munies d'attelles, nieront difficilement la grande valeur clinique du traitement.

Je diffère d'opinion avec M. Endelmann sur son explication de la diathèse urique. Il s'est appuyé entièrement sur Haig et le grand point chez celui-ci, c'est que dans le corps normal il y a une proportion de une partie d'acide urique pour trente-trois parties d'urée.

Quant à l'argument de M. Merritt, si nous devons nous baser sur le nombre des observateurs, la grande majorité de ceux-ci sont en désaccord sur ce point. Horbaczewski, Hirschfeld, Bohland, Schurz, Stadthagen et Levison, contestent que l'acide urique ou les quadrurates soient les sels d'élimination imparfaite de l'urée. Ils ont plus ou moins confirmé les expériences de Levison, qui prétend que l'urée est un produit des aliments avec un métabolisme imparfait, tandis que l'acide urique est un produit distinct du processus albuminoïde du corps lui-même. C'est là un point important en pratique, parce qu'il nous présente la question cliniquement. Nous constatons aisément la goutte chez les hommes usés. L'usure excessive du corps produit une quantité considérable d'acide urique et n'a rien à voir avec l'absorption de nourriture. Cette découverte a fait abandonner la théorie de Haig et l'opinion d'autrefois sur le régime alimentaire, qui soutient que l'usure des nucléines des matières albuminoïdes du corps lui-même, un métabolisme défectueux, l'usure du corps oblitèrent les reins et tôt ou tard il en résulte une atteinte de la structure du rein lui-même.

Nous ne pouvons pas diagnostiquer le degré de cette oblitération, parce que les reins peuvent éliminer une quantité extraordinaire de quadrurate ; mais les reins voient leur fonction amoindrie et nous constatons alors un état arthritique dans lequel ils ne peuvent pas éliminer la quantité normale de quadrurates du corps et — ce qu'a contesté le dernier orateur — un manque d'alcalinité dans la circulation. Toutefois certains auteurs nient le fait.

Quel est le résultat de ces faits? Avec un système retenant ces quadrurates et réduisant la réaction chimique de la circulation d'une alcalinité déterminée à une alcalinité moindre, l'organisme cherche par osmose et par d'autres moyens, à éliminer ces urates dans la partie du corps qui forme un terrrain favorable à leur dépôt. Nous savons que le gros orteil a été considéré pendant des années comme le lieu de prédilection du tophus de la goutte. Pourquoi ? Parce que ce tophus cherche un point acide pour s'y déposer. Pourquoi est-ce le gros orteil ? Parce que celui-ci est l'extrémité de la circulation de la jambe et que c'est le point le plus mal nourri du membre inférieur. Les gens qui, comme les membres de notre profession, sont constamment debout, amoindrissent le plus la nutrition du gros orteil ; par suite nous avons une surface dont l'alcalinité s'amoindrit pour cette cause qui n'a rien de physiologique et en conséquence il existe en ce point un endroit très favorable au dépôt de tophus. Pour la même raison nous trouvons ces dépôts autour des extrémités des racines.

(A suivre.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Recuisson des blocs d'émail. — Si pour une cause quelconque on est obligé de recuire un émail duquel on a enlevé l'empreinte en platine, on se fait une pâte de talc et d'une solution de Schellok. On enfonce l'émail jusqu'au niveau des bords. On laisse sécher lentement et on peut cuire comme on veut. Cette méthode n'est peut-être pas applicable pour les porcelaines à basse fusion, car le sel ne disparaît pas complètement et il produit une décoloration. (*Zahntectnicoche Reform.)*

Insensibilisation de la dentine. — Pour des *cavités plates* dues aux *érosions* qui sont très sensibles, le Dr Gow recommande une solution chaude d'acide trichloracétique, appliquée deux ou trois fois, après avoir séché à l'air chaud la cavité. On arrive ainsi jusqu'à la dentine saine insensible et on peut continuer à préparer la cavité sans douleur.

Oxydation de l'argent. — L'oxydation de l'argent à l'aide du platine est indiquée par M. Brottner-Pforzhime au moyen de la méthode suivante. On dissout du chlorure de platine dans deux ou trois litres d'eau distillée ou d'eau de pluie, on ajoute un litre d'*alcool rectifié*. On peut faire la solution aussi sans alcool, mais dans ce cas cela sèche plus difficilement ; cette solution contient 1 o/o de platine métallique. On recouvre la pièce au moyen d'un pinceau de la solution en ayant soin qu'elle ne soit pas couverte de cire. On sèche doucement la pièce sur une flamme de Bunsen. On peut faire successivement plusieurs couches. Cette méthode est utilisable surtout pour les pièces d'argent coulées d'après la méthode d'Ollendorf. (*Archiv. für Zahnh.*, n° 3, 1908.)

S.

Enlèvement du lustrage des pierres de carborundum. — Pour remettre à neuf les pierres de carborundum lustrées par le meulage des dents obturées à l'amalgame, les placer dans un bassin couvert contenant une solution d'acide nitrique à 50 o/o en les y laissant 2 ou 3 heures. Les enlever et les mettre alors dans une forte solution de bicarbonate de soude en les y laissant plusieurs heures, afin de neutraliser l'acide absorbé par les pierres. (*Dent. Rev.*)

Savon liquide. — M. Wilbert a attiré l'attention du dernier Congrès américain de pharmacie sur ce fait qu'un mélange de soude et de savon

de potasse est plus soluble dans l'eau et plus stable dans une dilution quelconque qu'aucun de ses constituants. Cette constatation permet de produire un savon liquide contenant seulement 10 0/0 d'alcool, ce qui donne une grande économie. La formule de M. Wilbert est la suivante :

Dissoudre 40 gram. d'hydroxyde de sodium et 40 gr. d'hydroxyde de potassium dans 250 millig. d'eau distillée, ajouter 250 milligr. d'alcool, puis 500 millig. d'huile de graine de coton en 3 ou 4 portions, en agitant vigoureusement. Quand la saponification est complète, ajouter de l'eau distillée en quantité suffisante pour donner 2 kil. 500. Pour la toilette une partie de l'eau peut être remplacée par de l'extrait distillé de coudrier, d'eau de roses, ou d'eau de fleur d'oranger. Le produit coûte environ 3 francs les 4 litres. (*Brit. Dent. J.)*

Emery artificiel. — En 1905 Kuehne prit un brevet pour la préparation d'une poudre cristalline qui est obtenue par la réduction de l'acide borique par l'aluminium en présence du soufre. La poudre cristalline, incolore ainsi obtenue résiste à tous les réactifs et possède une plus grande dureté que la topaze. C'est une alumine cristallisée qui possède toutes les qualités du coryndon. (*Pawelz' Zahntechnische Reform.*)

Malocclusion des dents. — L'engrènement normal des dents est trop souvent négligé par le dentiste ; il a cependant à sa disposition le papier à articuler qui lui permet de savoir si les dents sont en occlusion convenable mais, néanmoins le dentiste néglige ce contrôle plus que tout autre chose. Toutes les obturations et les couronnes doivent être contrôlées au point de vue de l'occlusion. Celle-ci peut être mauvaise par suite des changements apportés par l'obturation ou le déplacement des dents. La pyorrhée peut être prévenue ou son traitement favorisé par l'usage intelligent des meules de corborundum et des disques de papier de verre. (A. E. ROYCE, *Dental Surgeon.*)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

LE MEETING DE L'AMERICAN DENTAL SOCIETY OF EUROPE

Londres, août 1908.

Compte rendu succinct, par M. Hirschfeld, *de Paris.*

La réunion de cette société d'âge déjà vénérable (elle est la plus vieille de l'Europe), qui vient d'avoir lieu à Londres, a été extrêmement brillante. Environ une centaine de confrères, parmi lesquels les plus notables de toutes les capitales de l'Europe, et quelques-uns des Etats-Unis, étaient réunis sous la présidence de *M. Kirk Davenport,* de Londres.

Dans son discours de bienvenue le président a passé en revue les progrès de l'art dentaire pour s'arrêter particulièrement aux inlays en or. Il est convaincu que cette nouvelle spécialité possède un bel avenir, à condition d'être pratiquée par des hommes consciencieux ; quant au chapitre de la pyorrhée alvéolaire, il émet le vœu que l'étude de cette branche de l'art dentaire se généralise de plus en plus.

La première communication du programme était *une étude sur le traitement des dents mortes,* par *M. Hirschfeld.* Son auteur s'est efforcé de rassembler tous les détails connus ou mal connus pour en dégager un traitement unique et rationnel. C'est surtout la question de l'élargissement des canaux à l'aide de forets ou fraises, combattu vivement par nous, qui a donné lieu à une vive discussion, sans pour cela que le problème ait été résolu d'une façon positive.

M. Jenkins nous a intéressé vivement par son étude sur le « kolynos », sa nouvelle pâte dentaire. Il nous en a expliqué la composition chimique, basée sur des données rigoureusement scientifiques pour satisfaire aux quatre grands desiderata : être antiseptique pour la muqueuse, efficace pour le nettoyage, inoffensive pour l'émail et agréable au goût. La conviction de l'auteur d'avoir par sa découverte comblé une lacune, est partagée sincèrement par tous. A la discussion ont pris part MM. Daboll, Hayes, Hirschfeld, J. B. Davenport, Hosley (de Springfield, Mass.), Chiavaro (Rome). De vifs applaudissements saluent l'orateur quand il dit, dans ses conclusions, avoir voulu mettre le point final aux recherches commencées et laissées inachevées par le regretté Pr Miller.

M. Rathbun (Londres) nous a parlé d'un cas extraordinaire de

bridge-work. Il nous a présenté une cliente qui porte un bridge inférieur, monté sur une seule molaire et un bridge supérieur fixé par une couronne fenêtrée à une canine supérieure portant deux incisives ; ces deux ouvrages sont en place depuis vingt-trois ans.

M. Kelsey, notre confrère de Marseille, a lu un rapport sur l'influence de la tuberculose sur les dents.

Ensuite il a été donné lecture de trois communications dont les auteurs étaient absents : d'abord celle de M. C. N. Johnson (Chicago), sur une nécessité fondamentale en fait d'instruction professionnelle.

L'auteur est grand partisan du baccalauréat comme première condition *sine qua non*. Pour l'éducation spéciale dentaire, il préconise l'instruction donnée par un praticien dans son cabinet même, et cela en vue d'un entraînement manuel commençant par l'entraînement musculaire (par les sports et la gymnastique). Ensuite il voudrait un enseignement uniforme et identique dans toutes les écoles du monde entier pour aboutir à un régime uniforme dans l'univers entier (cosmopolitan dentistry).

D'après notre idée personnelle, le moment n'est pas encore venu de voir se réaliser ce rêve ! Tant qu'il existera des races latines et des races anglo-saxonnes, il y aura toujours des tempéraments radicalement différents et qui seront réfractaires au régime unique proposé par l'auteur du projet. Cependant M. Cunningham voit, dans la création de la Fédération dentaire internationale, un grand pas réalisé vers la réalisation de l'idéal de M. Johnson.

M. Boedeker, de Berlin, a envoyé la description d'une méthode pour la confection de couronnes d'adaptation absolument parfaite. Il y parvient par la mensuration exacte des contours avec le dentimètre, puis avec des bandes en cuivre mince très flexible. De beaux modèles nous ont expliqué, mieux que nous saurions le faire ici, les idées de l'auteur.

M. C. M. Wright, de Chicago, a émis une idée assez neuve : Il est d'avis que le traitement des gencives par le massage entre dans la pratique courante, et cela exercé par des « *nurses* » spécialement entraînées et non simplement avec la brosse à dents. Il faudrait inventer quelques appareils spéciaux *ad hoc*, soit électriques, soit mécaniques. M. Younger a approuvé cette idée ; néanmoins, d'après lui, ce genre de massage ne saurait être efficace qu'après l'enlèvement radical de toutes les matières calcaires autour des collets.

M. Davis (Berlin) nous a donné une explication précise du montage rationnel de dentiers complets. Il est partisan d'entailles entre les cuspides des petites et grosses molaires inférieures pour permettre aux antagonistes de s'articuler exactement dans ces cavités. Il pense que la parfaite mastication, sans faire basculer le tout, dépend de ces entailles.

MM. J. B. Davenport et Northorft (Londres) se rallient entièrement aux idées de M. Davis.

M. Bryan (Bâle) estime que la denture parfaite telle que nous, dentistes, nous cherchons à la réaliser, n'existe point dans la nature. Pour cette raison entre autres, il ne comprend pas pourquoi les opérateurs s'acharnent après une « reconstitution idéale » de la nature, reconstitution qui souvent empêche l'usage pratique des dentiers.

M. Mitchell (Londres) veut que chaque dentiste assume en personne le travail artistique d'un dentier à confectionner.

La communication de M. Davis écoutée très attentivement a été suivie de celle de M. Harlan, de Chicago, au sujet de l'emploi de l'air comprimé dans la dentisterie opératoire. Son usage est recommandé pour la désinfection absolue des racines purulentes, pour l'insensibilisation de la dentine, et pour bien d'autres occasions qui sont faciles à trouver si l'on se donne la peine de faire des expériments avec cet agent.

M. Cunningham nous a montré de larges dessins schématiques, pour nous bien faire voir les ravages se manifestant dans les dents des jeunes élèves des écoles primaires. Il pense que le dentiste, avec relativement peu de travail opératoire, peut diminuer dans de larges proportions le mauvais état de ces dents.

MM. W. Davenport et *Hayes* (de Paris) approuvent ces idées. Tous les deux avec une demi-journée d'opérations par semaine sont arrivés à faire disparaître entièrement le mal de dent parmi les 300 enfants d'une institution charitable à Paris.

M. Jenkins est du même avis, ayant procédé de la même façon à Dresde dans la clinique dentaire de M. Roese. Il trouve que les parents d'abord et les instituteurs ensuite peuvent faire beaucoup pour faire comprendre aux enfants la nécessité de faire régulièrement examiner et entretenir leurs dents.

M. Dunn, de Florence, nous a intéressés vivement par sa communication au sujet de l'emploi des courants électriques à haute fréquence dans l'art dentaire. Leur action est très puissante et peut tout d'abord amener des effets antiseptiques, donc être très utiles pour la pyorrhée alvéolo-dentaire ; ils sont également avantageux pour amener l'anesthésie des gencives pour l'extraction des racines ou l'ouverture d'un abcès. Ce rapport était accompagné de projections très claires nous montrant les appareils spéciaux *in situ*.

M. Hosley, de Springfield, un spécialiste de l'hygiène buccale, nous a lu un article sur ce sujet. Comme il nous recommandait toutes sortes de préparations pour assurer l'asepsie de la bouche M. Harlan a exprimé à ce sujet sa façon de penser, sous cette forme schématique : « Pas de drogues, pas de médicaments, mais plutôt un traitement opératoire sérieux. » C'est-à-dire : des drogues en cas de besoin évi-

dent ; sinon les laisser de côté. Nettoyage absolu de la bouche et des dents mises en parfait état par le dentiste, voilà ce qu'il faut pour assurer le bien-être de l'homme au point de vue de l'hygiène dentaire.

M. Younger s'est nettement rallié à l'opinion de M. Harlan.

Enfin on nous a présenté deux dernières communications : d'abord celle de *M. Schaffaer*, de Florence, pour nous parler des inlays en or si creux qu'ils ressemblent plutôt à des portions de coiffes. En préconisant sa méthode, il dit avoir cherché à économiser le plus possible de dentine, sacrifiée par trop avec la méthode courante. Malheureusement il est à craindre que des incrustations aussi plates ne résistent pas à l'action de la salive.

M. Law, de Berlin, nous a fait voir d'admirables projections pour nous montrer la position correcte des appareils de contention en place (après redressement).

La journée des démonstrations pratiques a donné lieu à cette particularité de se réduire à un véritable concours pour la confection des inlays en or coulé sous pression.

M. Le Cron, de Saint-Louis, nous a démontré son appareil utilisant l'air comprimé. M. L. Mitchell, de Londres, a prouvé la perfection de l'appareil de Taggart (le véritable inventeur du coulage sous pression). Enfin notre confrère parisien, M. Solbrig, a fait devant nous des plaques et des inlays avec sa fameuse presse, et cela avec une telle simplicité que le succès final est allé tout droit à lui sans conteste possible.

Pour finir, quelques mots au sujet de la réception faite aux congressistes : le comité local composé de quelques confrères de Londres a fait tant et si bien que la réunion de cet été a dépassé comme éclat toutes celles où il nous a été donné d'assister. Avec un faste inouï les Londoniens nous ont fait assister nous et nos familles à des bals, des thés, des représentations théâtrales, des banquets et surtout à une excursion sur la Tamise, sur yacht spécial. Un temps superbe a favorisé toutes ces distractions charmantes qui nous ont laissé à nous tous un souvenir impérissable.

La réunion de l'année prochaine aura lieu à Wiesbaden, à Pâques, avec M. Gale, de Cologne, comme président, M. W. Davenport, de Paris, comme vice-président, M. Patterson, de Genève, comme secrétaire.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN ESPAGNE, EN PORTUGAL ET DANS L'AMÉRIQUE LATINE

Rapport présenté à la Fédération Dentaire Internationale, Session de Bruxelles, août 1908.

Par O. AMOEDO.

(Suite [1].)

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

L'enseignement officiel de l'art dentaire dans la République Argentine date seulement de 1892, époque à laquelle se créa la chaire d'odontologie à la Faculté des sciences médicales de Buenos-Ayres.

Autrefois le candidat au grade de *dentiste* se préparait avec des professeurs particuliers, et, lorsqu'il se croyait en état de passer l'examen, il faisait une demande en ce sens à la Faculté de médecine.

Ces examens comprenaient deux exercices : un pratique et un autre théorique.

Dans l'exercice pratique, le candidat devait confectionner une pièce de prothèse dans le cabinet d'un dentiste désigné par la Faculté, lequel faisait un rapport par écrit sur la compétence du candidat.

L'exercice théorique consistait en un examen à la Faculté devant un jury composé de deux professeurs médecins et d'un dentiste.

Cet examen reposait sur les matières suivantes : Éléments d'anatomie et de physiologie générale et spéciale de la bouche et des dents. Thérapeutique et matière médicale ; éléments de pathologie générale et spéciale de la bouche et des dents. Dentisterie opératoire et prothèse.

---

1. V. *L'Odontologie* des 30 septembre et 15 octobre 1908.

Les candidats qui faisaient ces exercices avec succès recevaient de la Faculté le diplôme de dentiste.

En 1892, par décret du Ministre de l'Instruction publique, une chaire d'odontologie fut créée à la Faculté des sciences de Buenos-Ayres et M. Nicasio Etchepareborda, docteur en médecine de l'Université de Buenos-Ayres et diplômé de l'Ecole dentaire de Paris en 1882, fut nommé professeur.

L'enseignement a lieu dans l'édifice de la Faculté des sciences médicales, et la section dentaire porte le nom d'« Ecole d'odontologie ».

Son administration et ses règlements sont les mêmes que ceux de la Faculté. L'Ecole d'odontologie jouit seulement d'autonomie pour la confection des programmes des études. Ceux-ci ne peuvent être approuvés qu'après avoir été soumis au conseil de la Faculté de médecine.

Les professeurs titulaires (catedraticos) sont nommés par le Ministre de l'Instruction publique et choisis entre trois proposés par la Faculté de médecine. *Seuls, peuvent être nommés professeurs titulaires ceux qui ont le grade de docteur en médecine.*

En 1897 fut créée une autre chaire d'odontologie, et le docteur Léon Pereyra fut nommé pour l'occuper.

Chaque professeur a un auxiliaire qui porte le titre de *chef de travaux pratiques.* Les candidats à ces fonctions doivent posséder le grade de *chirurgien-dentiste.*

Il n'est pas requis, pour le moment, de posséder le titre de docteur en médecine [1]. Ces auxiliaires doivent être élus par la Faculté de médecine entre les trois proposés par les professeurs d'odontologie.

L'auxiliaire reste en fonctions un an et a pour mission de veiller aux travaux des élèves. Il ne fait donc pas de démonstrations.

---

1. Jusqu'à une époque peu éloignée de nous, il n'existait dans la République Argentine que les deux professeurs d'odontologie comme dentistes avec le grade de docteur en médecine. Récemment un autre dentiste a reçu ce grade, et actuellement plusieurs autres sont en voie de l'acquérir.

ETUDES PRÉLIMINAIRES.

Il n'y a pas longtemps, pour entrer à la Faculté comme élève, seules les études élémentaires étaient requises.

Actuellement, et grâce aux démarches répétées de M. Etchepareborda, le *baccalauréat* est exigé.

Dans les dernières années, avant d'exiger ce grade, le nombre des élèves était très grand : il y en avait jusqu'à cent.

Après que le baccalauréat eut été exigé, le nombre des élèves a diminué considérablement, mais comme on devait s'y attendre, la nouvelle génération se trouve mieux préparée pour l'assimilation et la compréhension de la science odontologique, et les élèves sont mieux disciplinés.

Le baccalauréat en Argentine se prépare dans les collèges nationaux. Une formalité indispensable pour entrer dans ces collèges est d'avoir un certificat d'études élémentaires et au moins 12 ans révolus.

Les études du baccalauréat durent 5 années et se divisent ainsi :

Première année.

Langue Espagnole, Langue Française, Histoire de l'Argentine, Arithmétique, Géographie de l'Argentine, Dessin, Travail manuel, Éducation physique.

Seconde année.

Langue Espagnole, Langue Française, Histoire de l'Argentine, Arithmétique et comptabilité, Géométrie plane, Géographie de l'Argentine, Dessin, Travail manuel, Education physique.

Troisième année.

Espagnol, Français et Anglais, Histoire de l'Amérique, Algèbre et Géométrie plane et de l'espace, Histoire naturelle, Géographie de l'Amérique, Dessin et Education physique.

Quatrième année.

Littérature, Anglais, Italien, Histoire, Algèbre, Physique et Chimie inorganique, Anatomie, Physiologie, Hygiène, Psychologie, Géographie, Dessin, Education physique.

Cinquième année.

Littérature, Anglais, Italien, Instruction civique, Analyse logique, Histoire naturelle, Histoire, Physique, Chimie organique, Géographie, Education physique.

ETUDES D'ODONTOLOGIE.

Les cours d'odontologie sont théoriques et pratiques et durent deux ans, répartis de la manière suivante :

Première année. — Professeur PEREYRA.

A) *Clinique.* Chirurgie dentaire, nettoyage des dents, extractions simples et traitements des caries des 1er et 2e degrés, etc.

B) *Chaire.* Anatomie, physiologie, chirurgie dentaire, pathologie générale et spéciale de la bouche et des dents.

Deuxième année. — Professeur ETCHEPAREBORDA.

A) *Clinique.* Chirurgie dentaire, prothèse de cabinet, couronnes d'or, dents à pivot, aurifications, greffe dentaire, etc.

B) *Chaire*. Thérapeutique et matière médicale, chirurgie dentaire, hygiène de la bouche, médecine légale rapportée à l'art dentaire.

EXAMENS.

Les examens de fin d'études pour les chirurgiens-dentistes sont au nombre de trois; deux de fin d'année et un général.

Ces examens sont théoriques et pratiques, l'examen pratique primant le théorique.

Première année. — Les épreuves pratiques consistent en extractions, obturations avec ciment, amalgame, nettoyage des dents, empreintes de la bouche avec le godiva, etc. Les épreuves théoriques portent sur les matières enseignées dans le cours.

Deuxième année. — Pour se présenter à ces examens il est indispensable d'avoir passé avec succès l'examen de première année.

Les épreuves pratiques sont : traitement des canaux radiculaires, empreintes de la bouche au plâtre, aurifications avec l'or cohésif et une autre avec or mou ; une couronne d'or, dent à pivot, ou dentier partiel à un malade.

Les exercices théoriques portent sur ce qu'on enseigne dans le cours.

Six mois après les examens de deuxième année, a lieu un examen général devant un jury composé de deux professeurs d'odontologie et d'un autre professeur médecin nommé par la Faculté. Ceux qui passent cet examen avec succès obtiennent le grade de chirurgien-dentiste.

DIPLOMÉS A L'ÉTRANGER.

L'ordonnance universitaire sur les élèves étrangers est ainsi conçue :

« Art. 140. — Les élèves des universités étrangères peuvent entrer à la Faculté en passant préalablement les examens sur les matières qu'ils justifient avoir étudiées dans ces universités. Ils devront présenter le certificat complet d'études secondaires (baccalauréat).

» Art. 147. — La Faculté statue sur chaque cas particulier, sur l'admission ou la non-admission des certificats des études préparatoires faites dans des instituts étrangers, si elles équivalent à celles qui se font dans les collèges nationaux, et en tenant compte de ce que les traités internationaux ont réglé à cet égard. »

REVALIDATION DES DIPLOMES D'UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

« Art. 167. — Pour que les diplômes de médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes délivrés par des universités connues soient admis à l'équivalence, il faut :

» 1° Présenter les diplômes aux titres avec les signatures légalisées par le Ministre de l'Instruction publique et la signature de celui-ci également légalisée par le Ministre des Affaires étrangères ou l'autorité administrative qui le remplace. Le Consul Argentin légalisera la signature du Ministre des Affaires étrangères du pays où aura été délivré le diplôme. La signature du Consul sera visée par le Ministre des Affaires étrangères de l'Argentine ;

» 2° Prouver l'identité ;

» 3° Passer les épreuves devant la commission de la Faculté que mentionne l'article 7 de l'ordonnance sur les examens.

» Art. 168. — Les examens se passent en langue espagnole. »

Les dentistes étrangers sont obligés, pour faire revalider leur diplôme, de subir les mêmes examens que les élèves de l'Ecole, c'est-à-dire, deux examens partiels de première et de deuxième année, un examen général.

Pour passer l'examen de deuxième année il est nécessaire d'avoir été reçu au premier et pour passer l'examen général, d'avoir passé les deux examens avec succès.

Les examens de revalidation des diplômes professionnels pourront être passés en tout temps pourvu toutefois que ce ne soit pas à une époque de vacation. (Décembre à mars.)

Les examens sont théoriques et pratiques, ces derniers primant les premiers.

Les épreuves pratiques de première année consistent en extractions, obturations avec ciment, amalgame, etc.

Celles de deuxième année, en aurifications avec de l'or cohésif, une autre avec or mou, extractions, traitements des canaux radiculaires, etc.

Pour l'examen général, répétition des mêmes épreuves pour des cas plus difficiles.

CONCLUSIONS.

Grade préliminaire aux études odontologiques.

Baccalauréat.

Durée des études odontologiques : deux années et demie.

Examens : deux de fin d'année et un général.

Grade : chirurgien-dentiste.

Les études d'odontologie dans la République Argentine sont l'objet de constantes réformes.

M. Etchepareborda fit un long voyage d'études en 1907 en Europe et aux Etats-Unis et, à son retour, il mit les études pratiques à la hauteur des meilleures écoles visitées par lui.

Dans les études théoriques l'histologie et la bactériologie seront bientôt l'objet d'un enseignement spécial. Un professeur se prépare actuellement à ces deux spécialités.

PÉROU

L'enseignement de l'art dentaire au Pérou se fait à la Faculté de médecine depuis 1854, époque à laquelle fut créée une section d'odontologie.

Pour suivre les études de chirurgien-dentiste il est nécessaire de fournir les certificats officiels prouvant qu'on a été reçu à toutes les matières correspondantes à l'enseignement secondaire. (Instruction moyenne.)

Les études théoriques se font à la Faculté et sont aussi officielles.

Mais les études pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse sont libres et se font en dehors de la faculté.

Les études théoriques comprennent trois années, divisées ainsi :

Première année.

Notions générales d'anatomie et de physiologie... Anatomie et physiologie spéciales de la bouche ; chimie dentaire ; dentisterie opératoire et prothèse de laboratoire. Présence à l'amphithéâtre.

Deuxième année.

Notions générales de pathologie et de thérapeutique générales. Pathologie spéciale de la bouche. Thérapeutique et matière médicale appliqué à l'art dentaire, dentisterie opératoire.

Troisième année.

Médecine opératoire spéciale. Prothèse dentaire et dentisterie opératoire.

DIPLOMES ÉTRANGERS.

Les dentistes étrangers qui désireront exercer leur profession au Pérou, se soumettront aux mêmes épreuves que les nationaux et formeront leur dossier avec les documents suivants :

1° Titres de la Faculté où ils furent reçus, légalisation en forme ; 2° certificat qui justifie de l'identité personnelle, expédié en forme par le ministre ou consul de sa nation, et faute de cela, une preuve légale par témoins.

Une fois le dossier admis, il est décrété par le doyen qu'il est conforme au règlement et on procède alors aux examens correspondants en langue espagnole ; le candidat présente les quittances de la Trésorerie prouvant avoir versé les droits de réception.

Sont exceptés des examens de réception les diplômés des universités des pays avec lesquels le Pérou a passé un traité de libre exercice des professions. Ces pays sont : Colombie, Equateur, Bolivie, Argentine, Paraguay, Brésil, Espagne.

Voici la nomenclature des professeurs :

Physiologie....................	W. Molina.
Histologie....................	D. Lavorería.
Anatomie....................	E. Sanchez Concha.
Chimie....................	M. Velazquez.
Pathologie....................	Pardo Figueroa.
Thérapeutique................	Salazar.
Médecine opératoire..........	G. Gastañeta.

(A suivre.)

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

La Fédération dentaire nationale s'est réunie à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, son siège social, sous la présidence de M. Francis Jean, président, le 20 octobre, à 9 heures du soir.

La séance a été consacrée principalement à régler diverses questions relatives à l'organisation du Congrès dentaire international de Berlin en 1909. C'est ainsi que le bureau a été chargé d'examiner, avec l'adjonction de deux membres, les sujets susceptibles d'être traités en assemblée générale à ce Congrès, et de proposer des candidatures pour les traites ; il a également été chargé de dresser la liste des dentistes français susceptibles d'être nommés présidents honoraires des sections. Après approbation dans une prochaine séance de la Fédération, ces choix seront communiqués au comité d'organisation du Congrès.

A l'unanimité M. Godon a été désigné pour être proposé en vue de la présidence honoraire au nom de la France.

Il a été décidé d'adresser aux sociétés adhérentes, aux journaux professionnels et aux confrères qui ont pris une part active aux congrès antérieurs, une circulaire sollicitant leur collaboration pour le Congrès de Berlin.

Un ordre du jour relatif à la réalisation des réformes des études et des examens dentaires a été voté.

BIBLIOGRAPHIE

Orthopédie dentaire,

PAR CALVIN S. CASE, D. D. S., M. D. DE CHICAGO.

Calvin Case vient de faire paraître sous ce titre, un volume de 400 pages, illustré de plus de 400 belles figures. Nous l'attendions depuis longtemps cet ouvrage représentant l'œuvre entière de Calvin Case, dans lequel le maître, réunissant les nombreuses communications qu'il fit dans les Congrès et réunions professionnelles ainsi que les intéressants articles publiés par lui, nous donnerait enfin la possibilité d'étudier avec fruit ses idées, ses principes ; nous n'avons nullement été déçus par la lecture de ce livre.

Case dans ce livre lutte avec ferveur pour ses idées, elles ne correspondent pas toujours aux nôtres, certes, mais cela ne nous empêche pas de reconnaître le mérite considérable de cet ouvrage.

Ce livre malheureusement ne s'adresse qu'à un très petit nombre de confrères, il est écrit pour les professeurs d'orthodontie, c'est un guide pour le pédagogue qui y trouvera de nombreux matériaux pour son enseignement.

Il n'en est pas de même pour le praticien non spécialisé ou pour l'étudiant ; la complexité de cet ouvrage, les théories défendues avec force par l'auteur, telle la question de l'extraction, font que cette œuvre semble, dans son ensemble, manquer de méthode.

Ce n'est là qu'un semblant qui ne trompera pas un spécialiste, mais les non initiés pourraient par une mauvaise interprétation commettre de graves et irréparables erreurs, et c'est pour les mettre en garde contre elles que nous avons cru devoir insister sur ce point. Case lui-même s'en est bien rendu compte puisqu'il commence sa préface ainsi :

« Ce travail n'a pas été écrit dans l'intention de faire un traité complet des principes et de la pratique de l'orthopédie dentaire, mais il est fait spécialement pour l'enseignement de la technique et des principes pratiques de la correction des irrégularités dentaires, et dento-faciales, dans les Ecoles où un entraînement complet est désiré. »

La première partie de cet ouvrage traite des principes de l'enseignement et de la nomenclature. Case estime avec raison que l'élève doit apprendre non seulement la méthode de traitement et son application, mais aussi la construction pratique des appareils, et il a soin de ne pas compromettre cette vérité en écartant tout désir de développer d'abord l'ingéniosité plus ou moins acquise ou innée chez l'élève. Nous partageons sa façon de voir, nous l'avons dit maintes

fois, notamment dans une critique de l'ouvrage de Prieswerk, et nous sommes même partisans de restreindre au plus petit nombre possible les appareils, de les classer suivant des types, modifiables, correspondant chacun à une des divisions de la classification choisie. Depuis plusieurs années nos efforts ont été dirigés vers ce but à l'Ecole dentaire de Paris, et il nous est particulièrement agréable d'être sur ce point en accord avec un des maîtres les plus éminents de l'orthodontie.

Mais nous ne nous rallions pas, par contre, à sa manière de comprendre l'enseignement technique. Case est partisan de l'enseignement par récitation ; la leçon apprise, il la commente et l'explique ; nous préférons la méthode généralisée dans tout l'enseignement supérieur, la leçon explicative avec projections autant que possible l'élève étant plus apte à profiter de son travail lorsqu'il étudiera dans le livre.

L'auteur termine ce chapitre par l'explication de chacun des termes techniques qu'il emploie dans son traité. Nous ne pouvons admettre certains de ces termes, la nomenclature en orthodontie est mal définie, les termes sont nombreux, souvent répétés, mal interprétés presque toujours ; c'est pourquoi nous voudrions prévenir l'introduction de termes nouveaux plus ou moins expressifs dans notre langage orthodontique. Nous avons une facilité trop grande à rejeter les termes très appropriés ou parfaitement imagés et français au profit de mots mal sonnants, peu ou presque pas scientifiques et souvent moins propres à désigner l'objet que ceux déjà existants.

L'ouvrage est ensuite divisé en six parties, la première traite du matériel employé, et de la fabrication des appareils, enfin de l'empreinte et des moulages. Case n'estime pas qu'il soit utile de prendre des empreintes au plâtre, cela étant plus désagréable pour le patient que nécessaire au praticien, dit-il ; mais il n'hésite pas à préconiser le moulage au plâtre de toute la figure ! Nous ne pouvons partager cette manière de voir : le plâtre, dans l'enseignement surtout, doit être la seule matière à laquelle nous ayons recours pour la prise d'empreinte, les raisons multiples sont trop bien connues de tous pour que nous insistions, nous nous contenterons de faire remarquer la fâcheuse tendance des étudiants à employer les matières plastiques de préférence au plâtre, et la difficulté de combattre cet attrait de nos élèves vers le « plus facile » alors que tous nos efforts doivent tendre vers l'enseignement du « mieux », si la difficulté est plus grande le travail n'en sera que plus profitable.

Quant aux moulages de la face, nous les croyions bien moins utiles que les empreintes au plâtre et beaucoup plus désagréables pour le patient.

Ces moulages donnent le plus souvent des expressions fausses de la physionomie, de la zone buccale surtout, alors que celle-ci seule nous intéresse ; quel est l'enfant qui se soumet à une telle épreuve

sans appréhension, et quel est celui qui instinctivement dès qu'il sent sa bouche couverte de plâtre, ne pince pas les lèvres dans un mouvement fort compréhensible, mais tout à fait néfaste puisqu'il détruit ce que nous voulions reproduire, l'expression des lèvres au repos ? Nous ne doutons pas que l'on puisse obtenir de parfaits moulages, mais nous savons aussi, par expérience, au prix de quelle patience de la part de l'opérateur, aux prix de quels efforts pour nos très jeunes patients dont nous devons obtenir une confiance extrême sans laquelle ils ne sauraient se soumettre à cette épreuve.

La photographie nous satisfait amplement pour étudier le profil, la ligne, de la face à corriger. Le moulage ne peut servir qu'à étudier la ligne, il ne nous dispense pas de l'étude de l'expression de l'enfant, étude qui ne peut se faire que sur le malade même, en le voyant souvent, en causant avec lui, c'est l'expression surtout qui nous est nécessaire, Case dit avec raison que le moulage n'est qu'un aide, que l'étude de l'expression et de la ligne doit surtout se faire près du malade, pourquoi alors faire subir à un enfant une opération aussi désagréable, la photographie n'est-elle pas suffisante ?

La seconde partie « Principes préliminaires à l'orthopédie dentaire » est fort intéressante ; je ne connais pas d'ouvrage ayant traité d'une manière plus compréhensible et aussi complète, les principes mécaniques du mouvement des dents, ainsi que les principes et la technique de l'ancrage et des forces.

Cette étude dynamique est illustrée par de nombreux exemples de pratique mécanique courante, qui permettent au professeur de faire aisément comprendre à l'élève le rôle de la force qu'il va employer, son action, la résistance qu'elle doit rencontrer et l'effet produit par cette résistance sur le mouvement imprimé à l'organe.

Après une étude détaillée de leur stabilité, Case divise les points d'appui ou ancrages en trois types : l'ancrage fixe, formé par un groupe de dents maintenues entre elles, l'ancrage réciproque ou mobile, lorsqu'on désire entraîner les points d'appui dans un mouvement déterminé, enfin l'ancrage suspendu auquel on a recours, lorsque la dent choisie comme point d'appui est isolée et que les autres dents, sur lesquelles la barre ou tube d'ancrage est suspendu, doivent garder leur mobilité pour quelque correction.

Cette seconde partie traite également de l'assemblage, de l'ajustage et de la pose des appareils ; de l'application des forces, enfin de la physiologie du mouvement.

La troisième partie réservée aux principes préliminaires du diagnostic et traitement, a fourni au maître l'occasion de défendre ses théories. Après avoir tiré de l'anatomie dentaire de Black, un chapitre intitulé : « L'arrangement des dents et procès alvéolaire au point de vue anatomique », Case polémique et nous retrouvons les articles

parus depuis quelques années, en réponse aux communications d'Angle et de ses élèves.

Cette polémique scientifique, ardente, mais passionnante au plus haut degré, qui met aux prises deux écoles de l'orthodontie et leurs champions respectifs, nous l'avons relu avec plaisir, mais aussi avec quelque amertume. Pourquoi cette polémique, qui n'a jamais dépassé les limites de la science, n'a-t-elle abouti à rien, pourquoi deux écoles ont-elles subsisté, pourquoi deux maîtres aussi éminents, aussi épris de leur art, deux maîtres envers lesquels la profession tout entière a contracté une dette de profonde reconnaissance, deux hommes si rapprochés l'un de l'autre par leur idéal professionnel, par leur amour de cet art qu'ils ont perfectionné et dont ils ont fait une science, pourquoi ces deux hommes, fait pour se compléter mutuellement, nous ont-ils légué deux méthodes ?

Parce que la passion, surtout en science, est aveugle et sans excuse. Que nos maîtres nous pardonnent cette critique.

La conclusion de cette polémique nous l'avons tous tirée, après avoir étudié, c'est la nécessité de grouper leurs méthodes respectives, de les fondre, pour former la méthode d'orthodontie moderne, les travaux de ces deux maîtres. Si le temps n'atténue pas chez nos maîtres l'exagération des théories personnelles, exagération qui seule cause l'éloignement simulé des deux méthodes, l'avenir prouvera que l'orthodontie, science moderne, est liée à deux noms, Angle et Case, noms vénérés de tout orthodontiste impartial, pour qui ils signifient malgré eux : « Progrès par l'union ».

C'est dans cette troisième partie de son livre que Case indique le diagnostic des irrégularités dento-faciales, il y décrit le diagnostic différentiel des prognathismes et opistognathismes combinés, nous mettant en garde contre l'erreur fréquente qui fait prendre pour un prognathisme du maxillaire inférieur l'opistognathisme du maxillaire opposé ou réciproquement.

Nous trouvons ici la classification de Case et, si nous ne l'adoptons pas intégralement, la seconde partie relative aux irrégularités dento-faciales, nous donne presque complète satisfaction ; nous regrettons que la première partie de la classification, intéressant les cas qui ne nécessitent pas un changement facial plus important que celui résultant de l'établissement d'une occlusion parfaite, ne soit pas établie sur les mêmes bases que la classification d'Angle.

La quatrième et la cinquième partie de l'ouvrage traitent réciproquement des anomalies « *simples and complex malposition* » et des sept classes se partageant les irrégularités dento-faciales. C'est dans cette cinquième classe que Case montre ses aptidudes toutes particulières pour la correction des profils, et la valeur de son merveilleux « *contourning apparatus* ».

Dans la quatrième et la cinquième partie de l'ouvrage ainsi que dans la sixième qui est réservée aux divers moyens de rétention, nous trouvons un grand nombre de figures illustrant les cas types et les appareils devant servir à leur correction ou au maintien, ces illustrations très claires et fort bien schématisées aident considérablement le lecteur, seuls les modèles sont fréquemment présentés par un dessin trop réduit qu'il est, sinon difficile, tout au moins fatiguant d'étudier.

Case n'a pas cru devoir réserver un passage à l'historique de l'orthodontie, cet art dont les premiers essais furent publiés par Fauchard et que nous avons la vive joie de voir se perfectionner à l'aide des méthodes employées pour la première fois par un français Schange dès 1841, délaissées pendant quarante ans et reprises enfin pour aboutir à deux méthodes dont la combinaison nous donne les plus heureux résultats. Il est juste cependant de dire que l'historique pouvait ne pas être compris dans le cadre de ce volume qui est écrit pour les professeurs d'orthodontie, déjà très initiés. L'ouvrage de Case est en effet une réplique à celui d'Angle, c'est le « *record* » d'une polémique entre l'auteur et ce qu'on appelle en Amérique « *the new school* ».

Ce livre, que je ne saurais trop recommander à ceux qui font de l'orthodontie depuis longtemps, à ceux qui ont étudié les œuvres de Farrar, Angle et autres, n'a pas sa place dans une bibliothèque d'étudiant ou de praticien peu familiarisé avec les œuvres précédemment citées. J'estime même qu'il serait dangereux de l'y laisser figurer, on ne peut comprendre l'œuvre de Case que connaissant celle d'Angle ; les théories de Case sur l'extraction notamment seraient dangereuses, exposées comme elles le sont dans cet ouvrage, si les théories opposées d'Angle ne venaient les contrebalancer. L'un et l'autre nous l'avons dit se complètent, nous ne pouvions terminer cette bibliographie sans le rappeler.

Enfin qu'il nous soit permis après la critique sévère que nous avons publiée dernièrement d'une traduction d'un certain ouvrage de prothèse, de dire combien nous serions heureux de voir des confrères français traduire les œuvres de Case et d'Angle ; ils rendraient un signalé service à l'odontologie française. Nous espérons de tout cœur que cet appel sera entendu et, en attendant ces hommes de bonne volonté nous engageons vivement nos confrères comprenant l'anglais à suivre le conseil de sir Andreu Clark et à lire ces deux ouvrages : une première fois pour en saisir le sens général, une seconde pour en étudier les détails et enfin une troisième fois dans un état d'esprit amical mais de critique. Ces lectures terminées nos confrères pourront comparer fructueusement les œuvres de deux hommes si éloignés par la polémique mais si rapprochés par la science, l'art et les services rendus à l'orthopédie dentaire en particulier et à notre profession en général.

G. VILLAIN.

Erdsalzarmut und Entartung.

Notre distingué confrère M. Röse, de Dresde, a publié récemment à Berlin, un ouvrage très complet de 156 pages, chez l'éditeur Julius Springer. Cet ouvrage, intitulé *Erdsalzarmut und Entartung* (Pauvreté en chlorure de sodium et dégénérescence), très savant, comme toutes les publications de M. Röse, est divisé en neuf parties : Introduction, pauvreté en chlorure de sodium et carie dentaire, pauvreté en chlorure de sodium et nature de la salive, pauvreté en chlorure de sodium et aptitude au service militaire, rapports entre la teneur en chlorure de sodium du sol, de l'eau potable et des aliments, pauvreté en chlorure de sodium et capacité d'allaitement chez les femmes, pauvreté en chlorure de sodium et rachitisme, assimilation du chlorure de sodium dans le corps humain, lutte contre la pauvreté en chlorure de sodium.

Nous ne pouvons que recommander la lecture de ces pages à ceux de nos confrères qui s'intéressent à cette question.

Sur la mortification de la pulpe dentaire.

Notre confrère M. André Jossu a publié, chez A. Michalon, un volume de 134 pages sur la mortification de la pulpe dentaire, d'apparence spontanée et ses complications. Cet ouvrage comprend une introduction, un aperçu historique, cinq chapitres, de nombreuses observations, des conclusions et un copieux index bibliographique.

Nos confrères le liront avec fruit.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous empressons de publier :

CHAMBRE SYNDICALE DES DENTISTES FRANÇAIS

45, *rue de La Tour-d'Auvergne*, 45.

Paris, le 17 octobre 1908.

Monsieur le Directeur
du Journal dentaire *L'Odontologie*, à Paris.

Un journal hebdomadaire, *Nos Loisirs*, ayant publié le 11 octobre courant dans son numéro 41, un article sur la profession dentaire qui se termine par le nom et l'adresse de la Chambre Syndicale des dentistes français, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, cet article prête à équivoque et peut laisser entendre qu'il a été inspiré par notre Chambre syndicale, ce qui n'est pas.

Nous avons cru devoir écrire au directeur de ce journal une lettre de protestation, que nous vous communiquons ci-dessous, en vous priant de la publier dans votre prochain numéro.

« Dans le numéro 41 de *Nos Loisirs* du 11 courant, vous publiez » un article sur la profession dentaire qui, par les deux lignes qui le » terminent, semblerait inspiré par la Chambre syndicale des dentistes » français.

» Je ne veux pas relever ce qu'il peut y avoir d'inexact dans cet » article ; je me bornerai à vous dire que la Chambre syndicale, à » laquelle vous recommandez aux aspirants chirurgiens-dentistes de » s'adresser, n'a d'autre but que de s'occuper des intérêts généraux » des dentistes ayant droit d'exercice.

» Je vous serai donc reconnaissant, en publiant la présente lettre » dans votre estimable journal, de faire connaître à vos lecteurs que » l'article cité plus haut ne vous a pas été inspiré par nous. »

Recevez, monsieur le Directeur, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Président de la Chambre Syndicale,
L. Delair.

NÉCROLOGIE

Le professeur Paul Berger.

La chirurgie française vient de faire une perte cruelle en la personne de Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker. C'est à l'hôpital, au moment où il commençait une opération, qu'il a été terrassé par une hémorragie cérébrale à laquelle il a succombé quelques jours après. C'était un des chirurgiens les plus estimés et les plus respectés de tous, dont les travaux sur les amputations, les hernies, les autoplasties, etc., faisaient autorité. Les autoplasties en particulier, qu'il pratiquait avec un soin et une compétence remarquable, lui avaient valu une réputation universelle ; aussi s'était-il vivement intéressé aux travaux de prothèse chirurgicale et nous avions eu l'honneur de collaborer avec lui dans un certain nombre d'opérations de prothèse immédiate du maxillaire et de prothèse nasale. Nous avions eu l'avantage, à cette occasion, de nouer avec cet éminent chirurgien des relations d'amitié qui nous avaient permis d'apprécier les grandes qualités de cœur de cet excellent homme dont la perte sera vivement ressentie par tous ceux qui l'ont approché.

Le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris était représenté par plusieurs de ses membres à ses obsèques, qui ont eu lieu à l'hôpital Necker au milieu d'une affluence considérable.

MAURICE ROY.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre qu'à l'occasion du 50e anniversaire de la Société de chimie de France, M. Desgrez (Alexandre), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 17 octobre 1908.

Nous sommes particulièrement heureux d'adresser nos félicitations au distingué professeur de l'Ecole dentaire, dont les cours de thérapeutique générale sont si appréciés. On sait que M. Desgrez est également secrétaire général du Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences et nous ne saurions oublier les services qu'à ce titre il nous a rendu dans l'organisation de notre section d'Odontologie et ce nous est une raison de plus de nous réjouir aujourd'hui de la distinction légitime qui lui est accordée.

Session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la *Faculté de médecine de l'Université de Paris, le 3 novembre* 1908.

I. — Pièces a produire. — Les candidats produiront les pièces suivantes :

1° Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire.

3° Soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures ;

4° Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc.

5° Un certificat individuel, délivré par M. le docteur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

II. — CONSIGNATIONS. — Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir :

Premier examen, les 19 et 20 octobre 1908.

Deuxième examen, les 9 et 10 novembre 1908.

Troisième examen, les 30 novembre et 1er décembre 1908.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 28 février 1907 (40 francs pour le premier examen, 30 francs pour les deuxième et troisième examens, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme selon les cas.

III. — DATES DES EXAMENS. — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir :

Premier examen, du 3 au 7 novembre 1908.

Deuxième examen, du 23 au 28 novembre 1908.

Troisième examen, du 14 au 19 décembre 1908.

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro l'ouverture à l'Ecole dentaire de Paris de divers concours, notamment pour *deux postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire*. Cette mention est le résultat d'une erreur : il faut lire DE CHIRURGIE DENTAIRE.

Société d'Odontologie de Paris.

Le Bureau de la Société d'Odontologie pour la session 1908-1909 est ainsi constitué :

Président : M. Barrié ;
Vice-Présidents : M. Blatter ;
— M. Georges Robin ;
Secrétaire général : M. Henri Dreyfus ;
Secrétaire-adjoint : M. Georges Villain.

Mariage.

Nous apprenons le mariage prochain de notre confrère M. Cagnoli, de Nice, avec Mlle Thélise Braquet, de la même ville.

Nous adressons nos félicitations aux futurs époux.

Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique.

L'Assemblée générale de l'Association a eu lieu le 23 octobre à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Siffre, président. Elle avait été précédée d'un dîner amical.

L'Assemblée a examiné les diverses pétitions à adresser aux pouvoirs publics au sujet des examens de chirurgien-dentiste, notamment celle de l'Ecole dentaire de Lyon, et elle a chargé son bureau des démarches à faire à cet égard.

Enfin il a été procédé à la nomination des délégués de l'Association à la F. D. N.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre excellent collaborateur M. Theuveny, dont on a lu en tête de ce numéro le très intéressant travail, vient d'être nommé chef de clinique titulaire à la Faculté de médecine. (Il était chef de clinique adjoint.)

Nous lui adressons nos félicitations.

Erratum.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 30 septembre la nomination de notre confrère M. Bouvet, d'Angers, au grade d'officier d'Académie.

C'est *officier de l'Instruction publique* qu'il faut lire.

Notre confrère a reçu cette distinction comme chirurgien-dentiste du Prytanée militaire de La Flèche.

Errata.

Une transposition, qui s'est produite à l'imprimerie, a dénaturé deux membres de phrase de l'article « Applications de la reconstitution de l'équilibre articulaire, etc... » publié dans notre numéro du 30 septembre dernier. Ces membres de phrase se trouvent p. 250, lig. 3 et p. 252, lig. 19 et doivent être rétablis ainsi :

« ... *la première grosse molaire inférieure était en relation distale avec la première molaire supérieure...* ».

« ... *et la première grosse molaire inférieure était en relation distale avec la première molaire supérieure...* ».

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

7me Liste.

N° 116. — Bon mécanicien demande place pour Paris.

N° 118. — Opérateur demandé dans ville du Nord pour gérer Cabinet dentaire après décès du titulaire.

N° 119. — Opérateur de 24 à 28 ans, est demandé dans ville industrielle du Nord.

N° 122. — Jeune docteur, diplômé F. M. P. demande place opérateur pour Nantes ou Paris, avec promesse de vente.

N° 126. — Opérateur D. F. M. P. demande place dans ville du Midi.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

28e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE DES PULPITES

Importance du diagnostic pour le traitement.

Par M. CAVALIÉ,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Première partie.

Le traitement des maladies de la pulpe, tel qu'on le pratique, est purement empirique. Qu'il s'agisse de conservation entière, d'amputation partielle, ou de destruction, les raisons qui font décider du choix sont souvent fragiles et ne reposent guère sur des bases scientifiques. Chaque praticien a ses arguments, ses préférences et sa manière de procéder.

Comme la thérapeutique conservatrice, livrée au hasard des circonstances et des personnes, consiste dans l'emploi plus ou moins judicieux de substances chimiques calmantes ou antiseptiques dont la puissance d'action n'est pas déterminée, comme dans ces conditions, les troubles et lésions de la pulpe peuvent non rétrocéder, mais s'aggraver au préjudice du patient et à celui de l'opérateur, il n'en a pas moins fallu pour ériger la destruction de la pulpe à la hauteur d'un principe directeur.

Cette manière d'agir trouve sa raison forte et naturelle dans la suppression des phénomènes douloureux par la suppression de la masse pulpaire vivante, irritable et irritée et l'arrêt de la marche de l'infection par le curettage et

par l'obturation antiseptique de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires. Mais il faut bien l'avouer, c'est rayer d'un coup tout un chapitre important de la pathologie dentaire, celui des maladies de la pulpe.

A tout prendre, qu'importe, me dira-t-on, l'étude spéculative et minutieuse des nombreuses formes de pulpites ?

Il n'y a, pour le praticien, qu'une pulpe malade, quelles que soient la nature et la gravité de son état pathologique.

Il n'y a qu'une thérapeutique féconde en résultats certains, la thérapeutique destructive.

Cette manière de voir a pour elle des arguments très faibles, et peut-être hypothétiques. Il est admis que la pulpe se trouve dans des conditions moins favorables que d'autres tissus pour résister à l'action des agents infectieux. Bien mieux, une fois envahie, si elle réagit par inflammation, que le degré de celle-ci soit même minime et réduit à l'hyperhémie, il ne saurait jamais être question de retour à l'état normal. Tôt ou tard, une pulpe atteinte, livrée à elle-même, est vouée à la mortification plus ou moins septique avec son cortège de complications.

Je me propose de démontrer ici et de publier ultérieurement avec pièces et preuves à l'appui, que le tissu pulpaire, bien que dans des conditions défavorables pour la résistance, n'abdique pas constamment ce droit, et que le degré de cette résistance, mesuré par la situation et par la constitution de la pulpe l'est aussi et surtout par les conditions d'ordre général qui régissent l'inflammation, savoir le nombre et la virulence des agents microbiens et le rôle phagocytaire.

En second lieu, il s'agit de s'entendre sur l'expression pulpe atteinte, pulpe malade. Il y a là aussi des degrés qu'il importe de déterminer d'une façon précise.

Une pulpe malade est celle qui réagit vis-à-vis des agents extérieurs qui l'impressionnent ou l'envahissent.

Ces réactions consistent en troubles fonctionnels accompagnés ou non de lésions légères ou profondes. Ces réactions sont variables par leur intensité et par leur durée ; le tissu pulpaire est tellement modifié d'un cas à un autre, les signes

cliniques sont tellement différents, qu'on est obligé d'admettre qu'il y a des maladies et non une maladie de la pulpe.

Parmi ces maladies, les unes sont caractérisées par ce fait que le tissu pulpaire ne présente pas encore au moment de l'examen, de lésions bien caractérisées et irréductibles. D'où, la possibilité d'une « restitutio ad integrum » (retour à l'état normal). Tandis que d'autres offrent des altérations déjà telles, que ce retour à l'état normal est impossible. Les premières peuvent ne pas s'aggraver, ou même guérir ; elles peuvent, par contre, continuer leur évolution et se transformer en pulpites avec altérations plus ou moins accentuées.

Aux unes, s'applique la méthode thérapeutique de conservation, aux autres, celles de destruction ; il s'agit de déterminer dans chaque cas qui se présente, la méthode qu'il faut employer.

Je me propose d'exposer ici les différents procédés cliniques, qui permettent d'arriver à cette fin. Parmi eux en figure un d'exploration électrique mis en usage dans ces dernières années, en Allemagne. Je pratique moi-même un procédé d'électro-diagnostic dont la description ne manquera pas d'intéresser ici tous les confrères souvent embarrassés pour savoir s'ils doivent détruire ou conserver une pulpe malade.

L'importance de la décision à prendre n'échappera à personne, car il s'agit du tissu fondamental de la dent. Les tissus durs, s'ils en sont privés, se trouvent très affaiblis. Il importe de procéder à une analyse minutieuse des lésions et des troubles dont la pulpe est le siège, d'en saisir la marche et la gravité, de déterminer les signes cliniques qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic et du choix du traitement.

Considérations étiologiques et anatomo-pathologiques.

Il est de notion banale que la « carie dentaire » a pour point de départ l'émail de la couronne et poursuit son évolution dans le sens de la profondeur. Le processus destructif envahit, désagrège plus ou moins rapidement, plus ou moins lentement, la dentine sous-jacente. Eu égard aux re-

lations de voisinage avec la pulpe, ou bien à la mise à nu ultérieure de cette dernière, plus spécialement alors apparaissent des troubles fonctionnels, puis souvent des lésions de la pulpe ; leur accentuation progressive peut aboutir à la destruction du tissu mou central de l'organe dentaire. Cette constatation a suffi pour faire des maladies de la pulpe un chapitre de la carie dentaire.

Déjà, cependant, des altérations des tissus durs de la couronne, indépendantes de la carie, telles les lacunes congénitales ou acquises, les érosions dites chimiques, les abrasions mécaniques, sont susceptibles de troubler l'activité normale fonctionnelle de la pulpe.

Les irritations dues à des agents mécaniques, physiques (chaleur, électricité) et chimiques produisent le même résultat.

Bien mieux, des maladies de la pulpe peuvent éclore et évoluer, sans lésions apparentes de la couronne. Il suffit d'une infection des tissus durs de la racine, d'une cémentite ou d'une cémento-dentinite pour produire cette conséquence (pulpites consécutives à une cémentite ou à une cémento-dentinite).

Des fissures de la couronne à peine visibles ou même invisibles, facilitant la pénétration des agents microbiens, sont également susceptibles de provoquer des troubles et lésions pulpaires.

Ces fissures ou fentes sont très communes ; je les ai observées chez presque tous les sujets soumis à mon examen. Leur direction est généralement verticale, c'est-à-dire parallèle, au grand axe de la dent. D'autres fois, les produits infectieux des périodontites (périodontites diverses et polypériodontites ou pyorrhées alvéolaires) remontent par l'apex dans le tissu pulpaire (pulpites ascendantes).

Enfin, les agents pénétrant dans le torrent circulatoire peuvent venir se fixer dans la pulpe, de même que celle-ci peut être altérée par des influences nerveuses, dites trophiques (pulpites d'origine interne).

Ajoutons à tout cela les perturbations fonctionnelles et les

altérations qu'apporte la sénilité ; et j'aurai énuméré un certain nombre de conditions qui établissent pour les affections de la pulpe, une entité bien distincte.

Ces affections se présentent à nous sous des modalités tellement variées qu'il est malaisé à l'heure actuelle de les grouper dans une classification rationnelle et pratique.

Les auteurs français se contentent en général de les relier aux divers degrés de la carie dentaire.

M. Frey indique [1] dans le 1er degré (carie de l'émail) et dans le 2e degré (altération de l'émail et de l'ivoire) une réaction de la pulpe, consistant en production de dentine secondaire contre la face interne de l'ivoire en regard de la zone altérée.

Dans le 3e degré, où la chambre pulpaire est ouverte (dentinite pénétrante), les pulpites affectent les formes subaiguë, aiguë, chronique. Les unes et les autres peuvent aboutir à la nécrose pulpaire partielle ou totale (4e degré).

Pour M. Redier [2] la pulpe peut s'infecter et s'enflammer parfois dans le 2e degré (carie simple de l'émail et de l'ivoire) ; mais, le plus souvent, elle est intacte ; c'est dans la « carie pénétrante » surtout qu'apparaissent les affections pulpaires (pulpites inflammatoires, purulentes, gangréneuses, hypertrophiques, atrophiques, dégénératives).

Nous devons dire que les pulpites représentent des épiphénomènes dans la carie dentaire et que suivant leurs formes elles lui impriment des aspects cliniques bien différents les uns des autres, et tellement variables que les descriptions des auteurs s'en ressentent. Il est malaisé par suite de discerner des signes précis dans les pulpites ; il y a même une certaine confusion, une réelle incertitude dans la détermination des troubles et lésions pulpaires, ainsi que dans celle de leur évolution et de leur mode final.

Cela tient surtout aux difficultés d'examen clinique des ma-

---

1. *L. Frey et Lemerle*, Pathologie des dents et de la bouche, 2e édition, p. 39 et suiv.
2. *J. Redier*, Traité théorique et pratique de la carie dentaire, 2e édition, p. 89 et suiv.

ladies pulpaires et au défaut de contrôle, surtout en France, par les observations anatomo et histo-pathologiques. Il suffit, le plus souvent au praticien, de reconnaître l'existence d'une pulpite, aboutissant naturel de la carie dentaire.

Dans son traité de la carie dentaire, M. Redier distingue trois cas :

La carie dentaire avec intégrité de la pulpe, PI.

La carie dentaire avec pulpe infectée, enflammée, dégénérée, PII.

La carie dentaire avec pulpe mortifiée ou détruite, PIII.

Il est difficile, sinon impossible, d'après cette classification sommaire et sujette à caution, de se faire une idée exacte des troubles et lésions de la pulpe.

En quoi consiste l'intégrité de la pulpe (PI) ? S'agit-il d'absence de microbes ? S'agit-il d'absence de troubles et de lésions ? Il peut y avoir des microbes dans la pulpe sans que celle-ci présente des modifications pathologiques. Les symptômes douloureux ne suffisent pas, d'autre part, à établir un critérium d'inflammation pulpaire, eu égard aux pulpites indolores.

M. Redier range enfin sous l'étiquette PII une foule d'affections pulpaires de nature et d'évolution différentes.

Arkoewy est un des premiers qui, à la suite de nombreuses recherches microscopiques, ait essayé de distinguer un certain nombre de formes de pulpites ; ce qui lui a permis de faire une classification remarquable, malheureusement peu vulgarisée en France.

Il y a pour lui trois grandes classes :

I. — Les pulpites aiguës ;

II. — Les pulpites chroniques ;

III. — Les pulpites atrophiques.

Les pulpites aiguës se subdivisent en :

1. Pulpites hyperhémiques (congestives),
2. Pulpites aiguës septiques ou superficielles ;
3. Pulpites aiguës partielles ;
4. Pulpites aiguës totales ;
5. Pulpites aiguës partielles purulentes ;

6. Abcès de la pulpe.

Les pulpites chroniques comprennent :

1. Les pulpites chroniques parenchymateuses ;

2. Les pulpites chroniques totales purulentes ;

3. Les pulpites chroniques hypertrophiques ou polypes de la pulpe, { granulomateuses, sarcomateuses ;

4. Les pulpites chroniques gangréneuses, { humides, sèches ;

5. Les pulpites chroniques idiopathiques ou concrémentielles.

Les pulpites atrophiques sont de quatre variétés :

1. Pulpites atrophiques simples ;

2. Pulpites atrophiques scléreuses ;

3. Pulpites atrophiques réticulées ;

4. Pulpites atrophiques absolues.

L'auteur fait parfaitement ressortir que les maladies de la pulpe appartiennent à un chapitre distinct de la pathologie dentaire.

Les nombreuses formes qu'il a reconnues répondent à des types principaux que font surtout séparer les caractères anatomo et histo-pathologiques. Bien entendu, entre ces formes types viennent se placer de multiples intermédiaires.

Il en est de cette classification comme de toutes les classifications, elle nous fournit des points de repère au milieu des manifestations si diverses des troubles et lésions de la pulpe. Je ferai remarquer qu'elle ne nous éclaire pas suffisamment sur la filiation des formes nombreuses de pulpites dont l'indépendance est relative. Tout d'abord, la pulpe ne se comporte pas autrement que les autres tissus ou organes de l'individu vis-à-vis des atteintes extérieures.

Des agents extérieurs, physiques, chimiques, etc... peuvent agir sur elle, des microbes peuvent s'y rencontrer sans qu'elle en soit autrement incommodée, sans qu'elle réagisse d'une façon manifeste. La présence des microbes peut, en particulier, n'être qu'un fait banal. Il serait donc prématuré de conclure, dans ce cas à une pulpite infectieuse. D'autres fois, le tissu pulpaire réagit d'une manière plus ou moins vive ;

les phénomènes réactionnels sont susceptibles de revêtir plusieurs formes pathologiques différentes, isolées ou associées.

Une des premières réactions consiste dans la congestion vasculaire active ou hyperhémie. Les vaisseaux sanguins se dilatent ; il y a augmentation de l'afflux du sang ; la masse pulpaire tend à augmenter de volume, mais comme elle est emprisonnée, la tuméfaction ne peut pas se produire et des phénomènes douloureux apparaissent, par suite de la compression et de l'irritation probables des filets nerveux pulpaires.

Les leucocytes ne tardent pas, par diapédèse à travers les parois vasculaires, à pénétrer dans le tissu pulpaire en quantités variables ; ils arrivent même dans certains cas à former des amas ou granulations inflammatoires.

Une autre réaction, non moins importante et souvent primitive n'est autre que la production de dentine secondaire par les odontoblastes irrités (réaction odontoblastique).

La dentine secondaire se forme principalement à la surface de la pulpe de la chambre coronaire tout contre la face interne de l'ivoire ; elle se localise en regard de la cavité cariée, dans le cas d'infection des tissus durs (carie dentaire).

On admet, d'autre part, que des molécules calcaires peuvent venir accroître la densité de l'ivoire sain, par pénétration interstitielle ou par voie canaliculaire (zone transparente de l'ivoire dans la carie).

Il est hors de doute, à l'heure actuelle, qu'elle peut enfin fermer un pertuis faisant communiquer la chambre pulpaire avec la cavité cariée (transformation d'une dentinite pénétrante en une dentinite non pénétrante). Les deux réactions, réaction hyperhémique et réaction odontoblastique, offrent des modalités variables suivant les cas, suivant les époques et suivant la qualité des agents microbiens.

ÉPOQUE D'INVASION.

1er cas : Virulence extrême des agents microbiens sans réaction pulpaire.

Les agents microbiens ou leurs toxines exercent une

action néfaste rapide sur la pulpe sans que celle-ci puisse réagir d'une façon manifeste.

Les agents de la putréfaction paraissent posséder ce pouvoir (pulpite gangréneuse sèche ou humide, primitive).

2e cas : Grande virulence des agents microbiens avec réactions pulpaires.

Les agents microbiens septiques, virulents, pyogènes souvent, pénètrent dans la pulpe et en grand nombre. Si la réaction odontoblastique a lieu elle sera une faible barrière souvent insuffisante ; elle peut ne pas se produire.

La réaction hyperhémique sera au premier plan. Presque immédiatement suivie d'une diapédèse intense des leucocytes, ceux-ci forment des amas ou granulations qui peuvent aboutir à la suppuration (pulpites purulentes aiguës, partielles ou totales).

Si la suppuration ne se produit pas, c'est que les leucocytes luttent plus avantageusement contre les agents microbiens.

La réaction odontoblastique peut entraver, par l'ivoire secondaire, la pénétration ultérieure des microbes (pulpites aiguës).

3e cas : Virulence faible ou nulle des agents microbiens avec réactions pulpaires.

Dans les cas les plus vulgaires, les deux réactions pulpaires ont lieu, sans que la pulpe, du moins au début, ne présente des lésions manifestes (Pulpites aiguës, partielles et totales).

Si elles ne sont pas accompagnées de douleurs, bien accusées, elles sont dites pulpites chroniques d'emblée.

PÉRIODES ULTÉRIEURES A L'INVASION PULPAIRE.

Je laisserai de côté, ici, les pulpites gangréneuses primitives et les pulpites purulentes primitives dans lesquelles le tissu pulpaire est voué à une destruction rapide.

Seules, les pulpites aiguës, partielles et totales ont une évolution caractéristique. Livrées à elles-mêmes, si on suit la marche des phénomènes inflammatoires, il est aisé

d'observer que quelquefois, les deux réactions hyperhémique et odontoblastique suffisent à neutraliser l'action des agents extérieurs.

S'il s'agit d'une carie dentaire, sa progression sera retardée, même arrêtée ; l'œuvre phagocytaire aura eu raison des microbes, les leucocytes diminueront de nombre dans le tissu pulpaire, et la réaction hyperhémique diminuant d'intensité, finira par s'amender. (Cas des caries sèches ou mieux dentinites condensantes.) — D'autres fois, c'est le contraire qui a lieu. Quelle que soit l'intensité forte, faible ou presque nulle de la réaction odontoblastique, la réaction hyperhémique persistera ; les leucocytes s'accumuleront en plus ou moins grand nombre par diapédèse dans le tissu pulpaire ; ils formeront des granulations inflammatoires, non sans dommage pour la pulpe elle-même ainsi envahie des deux côtés à la fois.

Pour peu que cela dure, celle-ci présentera bientôt des altérations caractérisées par des modifications protoplasmiques et nucléaires des cellules propres de la pulpe, et par des modifications du tissu conjonctif et des fibrilles qui s'épaissiront. Les parois des vaisseaux s'épaissiront également. La pulpite est en voie de transformation chronique (pulpite chronique parenchymateuse). La suppuration ou la gangrène peuvent venir se greffer à n'importe quel des stades d'une pulpite (pulpite gangréneuse secondaire, pulpite purulente secondaire).

La pulpite chronique, par sa persistance, peut donner naissance à la longue, à trois modalités différentes : l'hypertrophie, la dégénérescence, l'atrophie.

L'hypertrophie. — Les agents microbiens sans cesse détruits dans la pulpe se renouvellent sans cesse sans que les amas leucocytaires ne soient lésés. Bien mieux, ces amas s'hypertrophient, augmentent de nombre (cela a lieu dans le cas d'ouverture pulpaire à l'extérieur) et la pulpe fait hernie au niveau de cette ouverture sous forme de masse saignant plus ou moins facilement.

J'ai eu l'occasion d'étudier beaucoup de ces masses hyper-

trophiées et elles renferment de nombreuses granulations inflammatoires chroniques, pourvues d'un réticulum fin dans les mailles duquel se rencontrent beaucoup de leucocytes.

Les granulations au début, en voie de formation, sont représentées par de simples amas leucocytaires dans le tissu conjonctif de la pulpe qui prend un aspect réticulé.

J'ai appelé ce tissu tissu pseudo-lymphoïde ou lymphoïde. Car il rappelle aussi bien les masses lymphoïdes qui infiltrent le derme conjonctif de certaines muqueuses.

Il s'agit ici de pulpites chroniques hypertrophiques lymphoïdes, ou polypes lymphoïdes, qui sont un des témoignages manifestes de la résistance de la pulpe aux infections. Il faut ajouter ici les pulpites hypertrophiques sarcomateuses d'origine et de nature non encore déterminées.

La dégénérescence. — Le tissu pulpaire qui a longtemps été le siège de troubles fonctionnels, dont la nutrition a été plus ou moins entravée par les modifications circulatoires, est susceptible de subir des processus de dégénérescence.

La dégénérescence peut aussi être due à des toxines microbiennes. Ce sera suivant les cas, la dégénérescence hyaline, la dégénérescence granulo-graisseuse. Une perturbation profonde, dans l'activité des odontoblastes pourra produire une réaction odontoblastique intense et désordonnée avec production de noyaux dentiniens en plein tissu pulpaire (dégénérescence concrémentitielle).

L'atrophie. — Le tissu pulpaire, après une longue lutte, après une série d'atteintes, verra diminuer le nombre de ses cellules ; les éléments fibrillaires du tissu conjonctif seront le siège d'une sclérose plus ou moins accentuée.

La masse sera comme diminuée de volume. Les vaisseaux seront devenus rares, à parois épaissies. Ce sera l'atrophie avec ses modalités, avec ses degrés : simple, scléreuse, réticulée, absolue.

Ces quelques explications permettent de mieux saisir les liens qui unissent les différentes formes de pulpites citées plus haut. Elles ne sont pas suffisantes pour comprendre

la valeur de ces maladies. Je dois ajouter quelques mots sur le degré des lésions et troubles de la pulpe.

Les examens microscopiques amènent à une conclusion d'ordre général. Parmi les pulpites :

1° Il y en a dont les lésions et troubles n'atteignent pas d'une manière irrémédiable le tissu pulpaire ;

2° Il y en a d'autres qui frappent ce tissu d'une manière définitive, sans possibilité de retour à l'état normal.

Aux premières appartiennent les pulpites congestives (hyperhémie), un certain nombre de pulpites aiguës partielles et totales, dans lesquelles le tissu pulpaire au moment de l'examen, ne présente pas encore de lésions caractérisées, telles que les altérations cellulaires, lésions des éléments du tissu conjonctif, foyers de suppuration, de nécrose et de gangrène. Aux secondes, il faut rattacher toutes les pulpites chroniques, les pulpites aiguës purulentes ainsi que les pulpites aiguës qui offrent une des altérations à peu près irrémédiables que je viens d'énumérer.

Le tissu pulpaire frappé et qui ne subit pas de retour à l'état normal est en effet un tissu affaibli qui donnera plus de prise, par la suite aux atteintes extérieures. Il sera devenu un lieu de moindre résistance.

Il n'est pas exact de dire à priori que la pulpe normale est déjà une région de faible résistance. Elle acquiert cette faiblesse seulement après une première atteinte qui aura laissé sur elle une trace indélébile.

L'importance de ces faits est considérable puisqu'il est permis, par suite, de tenter la conservation de la pulpe dans les cas de pulpites congestives et dans certains cas de pulpites aiguës.

Comme ces cas sont ceux qu'on est exposé à rencontrer très souvent, il s'agit de pouvoir les fixer sur les patients d'une manière sûre. Je montrerai bientôt les nombreuses difficultés qu'offre cette détermination.

Je dois ajouter enfin qu'il est indispensable de tenir compte du siège anatomique des pulpites. Et j'entends par

là le siège dans la pulpe de la couronne, et dans la pulpe des canaux.

Je n'ai envisagé, jusqu'ici, avec Arkoewy et les auteurs antérieurs que les pulpites coronaires. Il y a lieu de faire une place aux pulpites radiculaires. Celles-ci coexistent ou non avec celles-là.

Dans le premier cas, les lésions et troubles peuvent être identiques, mais d'autres fois, peuvent être moins avancés.

Il n'est pas rare de constater l'existence d'une pulpite congestive dans la pulpe radiculaire, alors que la pulpe coronaire présente des lésions déjà avancées (pulpites purulentes, chroniques, et même nécrose et mortification).

L'étude clinique et le diagnostic sont par là rendus plus difficiles par la coexistence simultanée de symptômes différents qui favorisent les erreurs.

La prise en considération des liens qui unissent les diverses pulpites du degré variable des lésions et troubles et du siège anatomique, coronaire ou radiculaire, me permettent de compléter la classification anatomo-pathologique d'Arkoewy et de lui donner certainement plus de vie et plus de clarté.

J'ai figuré dans le tableau qui suit, cette classification nouvelle que j'ai adoptée provisoirement jusqu'à ce que de nouvelles recherches obligent à la modifier.

Il faut distinguer au point de vue anatomo-pathologique :

1° Les pulpites aiguës ;

2° Les pulpites chroniques.

Chacune de ces deux grandes classes comprend :

a) Les pulpites coronaires ;

b) Les pulpites radiculaires.

En tenant compte du degré des troubles et lésions, il y a les pulpites sans lésions fondamentales, c'est-à-dire réparables et les pulpites avec lésions profondes du tissu pulpaire, sans possibilité de retour à l'état normal.

A. — Tableau Généalogique

1° Pulpites aiguës.

a) pulpites aiguës congestives (hyperhémie)
point de départ.
La restitutio ad integrum est possible.

b) pulpites aiguës partielles
- I. — Les unes sans lésions fondamentales.
- II. — Les autres avec lésions qui ne permettent pas d'espérer le retour à l'état normal.

c) pulpites aiguës superficielles septiques d'Arkoewy.
- I. — Les unes sans lésions fondamentales.
- II. — Les autres avec lésions qui ne permettent pas d'espérer le retour à l'état normal.

d) pulpites aiguës totales
- I. — Les unes sans lésions fondamentales.
- II. — Les autres avec lésions qui ne permettent pas d'espérer le retour à l'état normal.

e) pulpites aiguës purulentes toujours avec lésions sans retour à l'état normal

2° Pulpites chroniques. — Toutes avec lésions fondamentales, sans retour à l'état normal.

Pulpites chroniques parenchymateuses secondaires.

Pulpites chroniques parenchymateuses dites primitives.

Pulpites chroniques purulentes.

Pulpites chroniques gangréneuses.
- gangréneuses humides.
- gangréneuses sèches.

Pulpites chroniques hypertrophiques (polypes de la pulpe)
- lymphoïdes
- sarcomateuses.

Pulpites chroniques dégénératives
dégénérescence hyaline, dégénérescence granulo-graisseuse, dégénérescence calcaire (concrémentitielle)

Pulpites chroniques atrophiques
- atrophie simple
- atrophie réticulée
- atrophie scléreuse
- atrophie absolue

3° Deux grandes formes d'après le siège.

a) Pulpites coronaires.
b) Pulpites radiculaires.
Isolées.
Simultanées avec celles de la couronne
- 1. de même variété.
- 2. de variété différente.

B. — Tableau d'après les Lésions

Pulpites sans lésions fondamentales	Pulpites avec lésions fondamentales
pulpites aiguës congestives (hyperhémie)	une partie des pulpites aiguës partielles
une partie des pulpites aiguës superficielles	une partie des pulpites aiguës superficielles
une partie des pulpites aiguës partielles	une partie des pulpites aiguës totales
une partie des pulpites aiguës totales	toutes les pulpites aiguës purulentes
à leur première période	toutes les pulpites chroniques
	toutes les pulpites radiculaires.

HORACE WELLS
ET LA DÉCOUVERTE DE L'ANESTHÉSIE[1]

Par Louis Subirana

En lisant, il y a quelque temps, l'œuvre de M. L. Lemerle *Notice sur l'Histoire de l'Art dentaire*, j'ai rencontré, dans les pages traitant brièvement d'Horace Wells et de ses découvertes, le passage suivant :

« Wells en éprouva un si violent chagrin qu'il n'eut plus » la force de supporter la lutte. Il s'ouvrit les veines dans » un bain, le 14 janvier 1848, en respirant des vapeurs » d'éther. »

. . . .

Ce passage me frappa. Aussitôt je pensai à en rechercher l'origine, et dès ce moment je me promis de retracer l'histoire de notre malheureux confrère et d'ajouter ma modeste contribution à celle d'un grand artiste, afin que les épisodes les plus saillants de la vie de notre ami fussent immortalisés par la peinture.

Je voudrais décrire aussi simplement que possible les faits qui concoururent à donner une forme et une base à l'application pratique de l'anesthésie, et quiconque s'arrêtera à mes dernières paroles verra que je n'attribue pas à Wells, notre confrère, une part exclusive dans la solution du problème de la suppression de la douleur physique ; mais, pour cela, il importe que nous récapitulions les faits qui précédèrent l'immortelle et glorieuse date du 11 décembre 1884.

Le « Siècle des Lumières », le XIXe siècle, arriva sans que les mortels aient combattu et supprimé la douleur physique : de longues années s'étaient écoulées depuis les indications de Humphry Davy, et il fallut attendre le milieu du siècle passé pour qu'un esprit heureux et clairvoyant,

---

1. Nous publions ici un résumé du travail étendu que M. Subirana a consacré à cette intéressante question et a présenté à la session de Bruxelles de la F. D. I., août 1908.

Horace Wells, surgît et donnât le jour à ce qu'aucun autre homme n'avait trouvé.

C'était en décembre 1844 dans cette nation si laborieuse et si studieuse, chez ce peuple qui cherche à s'instruire jusque dans ses plaisirs, que passa par Hartford, capitale du petit Etat de Connecticut, G. Q. Colton, mélange de vulgarisateur scientifique et d'impressario théâtral de ses propres succès, dans le but de donner plusieurs conférences payées, sur différentes questions de physique et de chimie amusante. Horace Wells assistait avec son épouse à l'une de ces séances, celle du 10. Au programme figurait une inhalation de gaz, sans doute à cause de sa propriété de faire rire les anesthésiés, et de communiquer l'hilarité aux spectateurs. Ce soir-là, personne ne manqua de se prêter à l'opération, et Cooley, un industriel de la ville, monta sur les planches ; au moment de se placer sous l'influence du phénomène et à l'instant où il était le plus surexcité, il fit une chute et se blessa sérieusement au tibia, sans doute par suite d'une inadvertance du professeur ; en se relevant, il ne manifesta aucune douleur, et là où l'élément populaire ne vit qu'un motif d'accentuer son hilarité, qui sait si l'esprit de Wells, qui était un observateur et un esprit studieux, ne vit pas le côté utile de cet incident comique ! Que Wells ait profité d'un moment de clairvoyance heureux, cela est prouvé par ce fait que, lorsque l'industriel blessé retourna à sa place, Wells se dirigea vers lui et lui demanda avec intérêt, le sang jaillissant d'une de ses jambes : « Vous êtes-vous blessé ? N'avez-vous senti aucune douleur ? » celui-ci lui répondit négativement.

Wells se retira de l'assemblée, préoccupé par une idée qu'il pouvait seulement confirmer par l'observation directe. Le jour suivant, il se mit à la recherche de Colton, le professeur ambulant, et lui demanda s'il voulait lui administrer le gaz le jour même ; et il réunit dans son cabinet quelques-uns de ses intimes, entre autres le dentiste Riggs, son voisin.

Wells avait résolu de se faire extraire une molaire, afin

d'avoir la preuve la plus convaincante de ce qui n'était encore qu'un pressentiment. Colton lui administra le gaz. Wells resta inerte, et Riggs, qui s'était déjà préparé, procéda à l'extraction de la molaire indiquée. Wells resta encore deux minutes sous l'influence somnifère, puis il se leva subitement et, s'adressant avec véhémence et passion à son auditoire, il dit : *Une ère nouvelle s'ouvre pour l'art dentaire. Je n'ai absolument rien senti.*

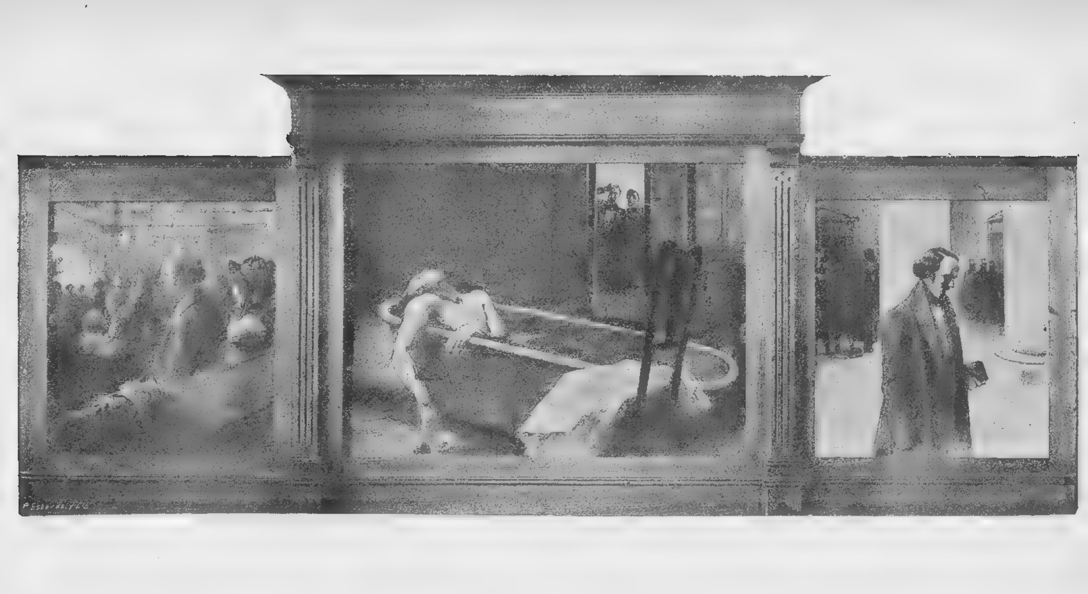
A partir de ce moment, la figure de Wells prend un relief extraordinaire à nos yeux, il cherche et étudie le moyen et la façon d'obtenir le gaz précieux, il tente ensuite de perfectionner la technique pour le préparer, les instruments pour l'administrer ; enfin, il déploie l'activité fébrile de celui qui n'est pas insensible aux succès flatteurs qui couronnent ses efforts. Nous voyons en lui quelque chose de l'homme anxieux de transmettre à son prochain ses émotions, impatient de l'auréole méritée qui accompagne le génie, et tous ses actes révèlent la conviction de celui qui est possédé par la transcendance de son œuvre, présentant par celle-ci un germe fécond de révolution dans la médecine et la chirurgie.

Ses succès se multiplient. Bientôt le peuple de Hartford reconnaît que c'est là le berceau où prit naissance la plus bienfaisante des fées. La clameur populaire ne resta pas confinée dans les limites étroites de la ville, mais, traversant promptement les Etats, elle arriva à la métropole intellectuelle, Boston.

Nous voyons maintenant Wells dans l'amphithéâtre de l'hôpital, avec une foule d'étudiants, désireux de juger le savant « parvenu » et d'assister à la plus étonnante des révélations. Arrive le moment de l'opération : Wells administre le gaz, extrait la dent, et le patient fait devant la docte assemblée les gestes plus extraordinaires, et semble convulsionné de douleur. Qu'était-il arrivé ?

Wells se retira au milieu des murmures et des quolibets des étudiants.

Déprimé et abattu moralement par les fortes secousses



ressenties, dépossédé du bagage de légitime illusion qui l'avait accompagné à Boston, Wells retourna dans sa ville, l'esprit malade, avec quelque chose de l'amertume de celui qui ne parvient pas à comprendre la réalité brutale de la vie. Cette dépression morale influa beaucoup sur sa santé, occasionna un déséquilibre organique, avec des crises plus ou moins accentuées, qui, tout en lui permettant de s'occuper par intervalles de sa clientèle qui l'assaillait en raison de la réputation qu'il avait acquise, finirent par l'abattre, et le tenir au lit pendant plusieurs mois.

Il n'est pas nécessaire d'être un grand connaisseur de l'âme humaine et des passions qui l'exaltent, pour comprendre ce qui se passa dans la conscience de Wells, dans sa maison de Hartford, alors qu'à Boston l'opinion s'était manifestée ouvertement contre le gaz hilarant, tandis qu'on avait falsifié les faits et que le nom du rénovateur légitime des conjectures de Davy, d'il y a 50 ans, restait voilé ; tandis que l'autorité et la garantie que portent avec elles les lumières de la science étaient en train de pénétrer ce phénomène qu'il avait découvert et étudié ; tandis enfin que Morton et Jackson, ses premiers confidents, en retiraient de gros bénéfices et que, en outre, les centres intellectuels leur accordaient la priorité comme inventeurs et que l'opinion populaire leur prodiguait son admiration et ses louanges. Pour comprendre les douleurs morales qui agitèrent l'esprit du malheureux Wells, il importe peu que la froide relation chronologique de l'Histoire ne nous en dise rien. Moins malheureux dans les milieux où il vivait, avec moins d'éléments de culture scientifique, étranger à la connaissance du monde que nécessitent les causes les plus nobles et les plus légitimes en face de la masse anonyme que l'on appelle le peuple, peut-être son naturel expansif et impressionnable, plus libéral que calculateur, avec plus de générosité que d'égoïsme, fit-il que ses luttes opiniâtres pour reconquérir la paternité d'un fait dont il était le promoteur moderne ne lui serviront à rien, et blessé peut-être par ce vieux proverbe bien connu « nul n'est prophète dans son pays » il pensa,

comme recours suprême, à notre continent, et alors, foyer, réputation et affections sont sacrifiés sur l'autel de cet optimisme qui est l'éternel compagnon du juste.

Il vint en Europe.

Mais, vains efforts ! Et dès ce moment, la figure de Wells fut celle d'un vaincu, celle d'un déraciné dans la lutte pour la vie. Il erra à la recherche des débris du naufrage de ses illusions les plus précieuses, s'humiliant, parfois sans le savoir, en face de prétendues éminences scientifiques, devant l'ambiance et l'inertie de la routine. Ceux qui, plus aptes à naviguer dans la mer humaine, ou doués d'une plus grande audace et de plus d'intrépidités dans leurs entreprises, réussirent à obtenir une préséance qui ne leur revenait pas, ne parvinrent pas à écarter de lui l'ombre fatale qu'ils projetaient. Fatigué de protester, malade physiquement et moralement, dans un pays étranger, il revint dans sa patrie, et là, il utilisa son œuvre, l'anesthésie, pour mettre fin au poids de l'existence dans laquelle il n'avait rencontré que des amertumes. Il perdit la vie pour rendre celle des autres plus douce, sans recevoir les bénédictions de ceux qui profitèrent de son idée, attendu que ceux-là ne connaissent même pas le nom de celui qui leur prodigua un si grand bienfait, depuis la date mémorable de la conférence de Colton, en décembre 1844.

Mais quelle raillerie ! Le mois même de sa mort, comme si l'injustice humaine succombait sous le poids accablant de son œuvre, la vérité surgit, imposante. Le même mois, la même année, la Société médicale de Paris le proclama digne des honneurs auxquels il aspirait, mais non sans avoir rédigé au préalable un procès-verbal de concert avec l'Académie de médecine de Paris, qui avait accordé ces honneurs auparavant à Morton et Jackson, et les deux parties, s'étant mises d'accord, déclarèrent que : « A Horace Wells de Hartford revenait l'honneur d'avoir découvert et d'avoir appliqué ensuite l'usage de vapeurs ou gaz dans les opérations chirurgicales, pour supprimer la douleur », et il fut élu membre honoraire de la Société.

Plusieurs villes des États-Unis poursuivirent l'œuvre de glorification et, il y a plusieurs années, elles commencèrent à rendre hommage à Wells. Chicago plaça dans son Musée de l'armée et de la marine un buste artistique dédié à l'auteur de la découverte de l'anesthésie. Hartford, sa ville natale, suivit cette impulsion, et dans un de ses parcs figure, comme monument commémoratif, une grande et belle plaque en bronze avec légende appropriée. Plus tard, il y a trois ans, à Philadelphie, fut célébré le cinquantenaire de l'anesthésie ; à cette occasion, l'on vit réunis dans cette cité, une légion de dentistes, médecins, sénateurs, députés, journalistes, etc., pour honorer Wells, acte grandiose et transcendant pour les annales de l'Histoire.

Pénétré de ses mérites, de ses douleurs et des bénéfices que lui doit l'humanité, nous fîmes peindre ce triptyque à titre d'hommage particulier. La Société Odontologique espagnole se réunit en séance spéciale présidée par un délégué du Gouvernement en son honneur, et, plus tard, nous fîmes déposer une couronne d'argent sur sa tombe à Philadelphie, dont je vous présente une photographie.

Je vous présente cette œuvre personnelle jointe à l'effort collectif de la Société espagnole dans l'intention de savoir si la session actuelle de la F. D. I. désire faire quelque chose en l'honneur de l'auteur de la découverte de l'anesthésie, H. Wells.

REVUE DES REVUES

LE PROBLÈME DE L'ACIDE URIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LES INFLAMMATIONS PÉRICÉMENTAIRES

Par J. Endelmann, de Philadelphie.

(Communication à la Société Odontologique de New-York [1], 18 février 1908.)

Discussion. *(Suite et fin.)*

M. Rhein. — Depuis que nous disposons des rayons X, j'ai constaté que le nombre est énorme des cas de dépôts apparents au tiers supérieur de la racine sans dépôts autour du bord gingival. J'ai une collection de reproductions de ces cas qui démontre absolument l'exactitude de ce qu'a dit M. Endelmann, c'est-à-dire que nous trouvons ces dépôts dans cette région particulière de la racine. Cela concorde avec son explication que nous avons ces dépôts pour la même raison que le tophus siège particulièrement au gros orteil. Si nous considérons un instant la circulation capillaire si intense dans le tissu gingival, nous devons reconnaître qu'elle est plus grande que celle du gros orteil. C'est la plus grande circulation, si l'on pouvait l'étendre en ligne droite ; par suite, s'il y a mauvaise nutrition, elle se manifestera d'abord au point extrême de nutrition. Le dernier vaisseau capillaire est celui qui présente la première insuffisance de nutrition ; où donc le trouver, sinon autour des extrémités des racines des dents ? Cette partie de la dent présente une acidité et un milieu favorable pour le dépôt, sans tenir compte des quadrurates qu'on peut y trouver. Supposons que ces dépôts soient seulement des phosphates. Dans d'autres formes de pyorrhée dues à d'autres maladies organiques, on rencontre le même état dans d'autres parties de la racine, que les dépôts soient des phosphates, comme Talbot l'a constaté, ou des calcaires. Ce sont les résultats d'un métabolisme défectueux et ils cherchent le seul moyen d'échapper à la circulation. Le résultat de ces dépôts est l'ébranlement des dents. Le ligament qui sert d'union est plus ou moins détruit et, comme les dépôts rompent l'attachement fibreux, les dents à pulpe vivante deviennent branlantes. Ces dents redeviennent utilisables par l'enlèvement chirurgical de toutes les particules déposées quand on pratique une ouverture de la surface gingivale au-

1. V. *L'Odontologie* des 15 et 30 octobre 1908, p. 289 et 350.

tour de l'apex, en mettant une attelle permanente à la dent et en lui donnant le repos physiologique dont M. Endelmann a parlé, repos nécessaire, suivant lui.

Je crois que la goutte n'est que dans une faible proportion la cause de la pyorrhée alvéolaire.

M. S. G. Perry. — En matière de pyorrhée alvéolaire, je crois que nous nous comprenons souvent mal, parce que quelques-uns ont dans l'esprit une forme de pyorrhée, tandis que les autres en ont une autre. Il y a plusieurs espèces de pyorrhée. Les uns préconisent le grattage complet des racines jusqu'aux extrémités apicales. Mais les dents branlent quelquefois et tombent, quoiqu'il n'y ait pas de tartre et qu'elles n'aient pas besoin de grattage. Dans une famille de ma connaissance, la mère a perdu ses dents l'une après l'autre, les dents se sont ébranlées et sont tombées, quoiqu'on n'ait pu y découvrir aucune trace de tartre, même au microscope. En grandissant les enfants présentèrent les mêmes phénomènes. Un d'eux perdit dans la suite une dent, malgré tous mes soins. Cette dent ne présentait pas de trace de tartre ni de dépôt. Quelques praticiens peuvent appeler cela de la pyorrhée alvéolaire ; mais il n'y avait pas de dépôt sur le tiers supérieur de la racine, ni près de la gencive, ni nulle part. La pyorrhée alvéolaire est due à une grande variété de causes et se manifeste sous un grand nombre de formes. Nous pouvons ne pas être tout à fait d'accord parce que nous n'avons pas dans l'esprit la même forme, ou nous n'en donnons pas la même description.

Des observations cliniques portant sur bien des années m'ont convaincu qu'un des facteurs étiologiques importants de cette maladie est la présence de micro-organismes. Je n'ai jamais soutenu que la pyorrhée alvéolaire est causée seulement par la présence de micro-organismes, mais que c'est là un de ses facteurs les plus importants. Je ne prétends pas que ce soit la première cause, mais, dans le cas de la patiente précitée, la présence d'innombrables micro-organismes était incontestable parce qu'il y avait la suppuration aqueuse habituelle et du pus autour des dents, et les culs-de-sac offraient un excellent milieu d'éclosion pour les germes.

La pose d'attelles sur les dents présente un intérêt particulier. Je ne pense pas qu'on puisse douter que ce traitement n'offre de grands avantages, quelles que puissent être la cause ou la forme de la manifestation de la maladie. La fixation et l'immobilisation des dents autant que possible par un appareil d'application commode sont deux des facteurs les plus importants. Je préfère presque la pose d'attelles à un véritable raclage ; non pas le raclage ordinaire, mais le raclage extrême ou cette opération qui sépare plusieurs fois les gencives et où la seconde fixation n'est jamais égale à la première. Souvent on fait beaucoup de mal en raclant trop fort et l'on cause beaucoup de douleur en

allant trop haut. Un nettoyage raisonnable et la pose d'attelles aux dents constituent un mode pratique de traitement des dents branlantes peut-être tout aussi efficace qu'un autre.

Quant aux allusions de M. Endelmann à la théorie de l'acide urique, après avoir lu Haig en entier, j'ai pendant des années cru fermement à la série d'expériences soigneuses qu'il fit sur lui. Je suis toujours disposé à croire que cette théorie est, par rapport à la maladie, un autre facteur important à classer peut-être avec les micro-organismes de la bouche. J'estime que la diathèse urique est beaucoup influencée par eux. Je me rappelle un patient qui avait une bouche en fort mauvais état. Ses dents branlaient terriblement et il semblait bien difficile de les sauver. Il menait la grande vie. Son médecin l'envoya aux eaux chaudes en Virginie, où il resta plusieurs mois. Il revint l'œil un peu vif, la joue colorée, avec un air de santé surprenant et une amélioration remarquable dans l'état de ses dents. Celles-ci lui rendent actuellement beaucoup de services et il se porte bien. Son traitement avait consisté dans le grand air, un changement de régime, des bains, le calme et le repos.

J'ai souvent extrait des dents très branlantes, je les ai nettoyées complètement, j'ai plongé leurs racines dans l'acide sulfurique dilué, je les ai remises en place et liées aux dents voisines et j'ai eu des résultats surprenants. S'il n'y a pas toujours union réelle, il y a guérison de la gencive autour des dents, élimination des culs-de-sac et les dents rendent des services. L'avantage de pouvoir nettoyer complètement les racines est plus que suffisant pour compenser l'inconvénient résultant de la rupture du lien naturel vers l'extrémité des racines.

M. Merritt. — M. Rhein semble avoir mal compris ma pensée. Je n'ai pas supposé une minute que M. Endelmann disait que l'acide urique était responsable de tous les changements inflammatoires qui ont lieu dans les tissus péricémentaires. Je prétends seulement que sa théorie de la suspension d'acide urique dans le sang dans certains états et de sa précipitation dans les tissus péricémentaires ou ailleurs, à cause de son acidité relative, n'est pas prouvée par de bonnes preuves et est contraire à l'opinion des meilleures autorités d'à présent. Je ne suis pas peu surpris d'entendre citer Haig comme une autorité, car chacun sait que ses observations sur ce sujet ont pour la plupart été contestées. Le fait que son livre remonte à 14 ans ne permet pas qu'on lui fasse crédit.

M. Gordon White. — Il est hors de doute que la goutte seule provoque cette affection, et chaque état pathologique a son effet. Les gencives sont très sensibles, et tout trouble dans l'organisme se manifeste là. Si notre assimilation, notre digestion, notre élimination sont médiocres, les gencives le montrent.

Pendant des années je m'attachais dans cette maladie au régime

alimentaire et au changement d'habitudes ou de vie du patient. Je pensais, surtout après avoir lu Haig, que le changement de régime pour l'adoption du végétarianisme pouvait avoir d'heureux effets. Et je crois encore que ce n'est pas complètement faux, quoique un des orateurs ait dit qu'on n'attache maintenant aucune importance aux conclusions de Haig. J'ai examiné la bouche de patients catholiques après qu'ils s'étaient abstenus de manger de la viande en carême et j'y ai trouvé une grande amélioration. Le changement d'habitudes du patient a un grand effet et, après avoir enlevé les dépôts, je conseille au patient de changer de genre de vie.

Dans bien des cas j'ai dû interdire à mes patients les fruits crus. J'ai remarqué qu'en vivant d'oranges seulement un jour tout le traitement était dérangé. Les gencives ressemblaient le lendemain à la collerette d'un dindon et il fallut changer de régime. L'organisme ne tient pas compte de cet état. Moi-même qui suis fort je ne puis manger une orange; je ne sais pourquoi et je n'ai pas de pyorrhée cependant.

Nous devons donc chercher ce que nos patients peuvent manger. S'ils ne sont pas prudents, le mal reviendra, même après guérison. S'ils sont engagés à prendre soin d'eux, à suivre un régime alimentaire convenable, à prendre l'exercice voulu, à absorber beaucoup d'oxygène, l'amélioration sera radicale. Je les envoie souvent au repos dans les montagnes et ils en reviennent avec les dents solides. J'y ai récemment envoyé un patient, qui a subi une grande tension nerveuse, très abattu physiquement, et il va mieux de jour en jour.

M. Starr. — La plupart des dentistes savent fort peu de chose de la pyorrhée, et je suis de ce nombre. Fort peu savent assez de chimie biologique pour faire des recherches dans cette voie. Certes la dyscrasie goutteuse est souvent l'antécédent de la pyorrhée ou y prédispose, mais la variété particulière de pyorrhée que nous appelons goutteuse, avec dépôt de quadrurates près de l'apex, se rencontre rarement cliniquement. Cette pyorrhée goutteuse, où se rencontrent ces accumulations suivies de la formation de pus ou d'abcès, se rencontre rarement sur des dents vivantes. L'état décrit par M. Rhein, où ces dépôts se découvrent par les rayons X, se rencontre principalement dans les abcès chroniques.

M. Rhein. — J'ai parlé des cas où la pulpe est vivante.

M. Starr. — Peut-être les trouverez-vous là aussi, mais s'il en est ainsi, je ne vois pas pourquoi nous ne les rencontrons pas plus souvent.

M. Rhein. — Je ne dis pas qu'ils sont fréquents, je dis que je ne pense pas que le pourcentage soit élevé.

M. Starr. — Nous détruisons parfois la pulpe pour améliorer la circulation péricémentaire, parce que le sang qui arrive dans la membrane péricémentaire et dans la pulpe vient principalement de la même source. L'histoire clinique de ces cas semble indiquer que ce sang

vient principalement de la portion apicale de l'alvéole, par suite la portion terminale serait à la partie cervicale et c'est la partie qui dégénère le plus rapidement.

Quant à la théorie de l'état acide provenant de l'alun, je ne la considère pas comme acceptable. Les dents ont besoin d'exercice, comme les autres parties du corps et je ne crois pas que nous rencontrions souvent cet état dans les dents bien employées. M. Endelmann fait allusion, il est vrai, principalement aux cas goutteux.

L'attelle fait du bien aux dents, parce qu'elle assure du repos aux tissus ou plutôt leur donne de la fixité. Il y a de l'inflammation et les tissus demandent du repos. Il n'y a pas d'union parfaite dans les fractures, sauf si les fragments sont fixés. Je ne crois pas que les dents profitent de ce que nous leur enlevions tout travail.

Si nous traitons nos dents ainsi, nous hâtons la venue de cet état dont nous nous approchons dans l'évolution et qui consiste à ne pas avoir de dents et est caractérisé principalement par des crânes élargis et des extrémités atrophiées.

La diathèse doit être incriminée, aussi bien que l'état local et nous pouvons grandement venir en aide à nos patients en suivant un traitement s'appliquant à tout l'organisme.

M. Hutchinson. — Je me place au point de vue clinique uniquement. Nous devons avoir une bonne circulation et éliminer convenablement pour maintenir l'intégrité de tous nos organes. Il ne faut pas songer à échapper à la pyorrhée quand il y a un trouble général d'une fonction. Une élimination défectueuse peut amener la goutte et la diathèse urique.

Nous savons que, seul, le traitement local réussit. Le traitement général ne donne rien si l'on n'enlève pas tous les dépôts et tous les irritants, et le traitement local seul ramène à la santé les tissus malades. Après le traitement local et la guérison de ces tissus, il faut maintenir ceux-ci à l'état sain. Je ne parle pas des exceptions et je ne dis pas qu'il n'y en a point, mais dans la majorité des cas la santé peut être rétablie et conservée sans recourir à un traitement général. Tout cela me conduit à cette conclusion logique que, si le traitement local amène la guérison des tissus de la bouche, qui sont seuls exposés à la pyorrhée, nous pouvons prétendre avoir fait disparaître la cause et prétendre que la cause est locale. Je ne suis pas plus que précédemment de l'avis de M. Rhein. Je n'ai jamais employé le traitement général, sauf dans des cas rares où la fonction des organes d'excrétion était défectueuse et où le traitement avait amélioré quelque peu l'état, mais il a peu de valeur, comparativement au traitement local.

M. Rhein. — M. Hutchinson semble penser que la théorie a établi que les diverses formes de maladie des tissus péricémentaires sont des manifestations locales d'une mauvaise nutrition, et qu'un traitement

général est justifié pour les guérir. Je n'ai pu trouver personne pour faire progresser ce genre de traitement. L'importance du traitement local est bien comprise, et le fait qu'il a de la valeur est la raison de l'application maladroite des principes pathologiques admis parmi les dentistes, le fait qu'ils sont peu disposés à étudier la pathologie et à se rendre compte des rapports étroits existant entre toutes les parties du corps.

Le fait que dans certaines espèces de pyorrhée le traitement local amène une guérison temporaire et fait disparaître le trouble ne dément pas le fait que la maladie est une manifestation locale de mauvaise nutrition et qu'elle reviendra, si les parties intéressées retombent dans cet état. Le traitement général de la goutte n'a rien à voir avec l'administration interne d'un médicament. Pas un médecin éclairé de nos jours ne dirait cela. La goutte peut être traitée seulement préventivement. C'est alors que le traitement général intervient. C'est l'usure exagérée du corps qui est l'agent producteur de la quantité énorme de quadrurates. J'entends par traitement général : enseigner au patient la manière de vivre, de manger et de dormir qui convient et de respirer une quantité suffisante de bon air.

M. Swift. — Je n'ai pas obtenu de bons résultats en traitant des dents ébranlées par la pyorrhée, excepté en ligaturant, particulièrement dans les cas décrits par M. Perry où une patiente et ses enfants perdirent leurs dents sans dépôts calcaires. Dans cette catégorie, que Black appelle la variété phagédénique, il est essentiel de ligaturer les dents avant d'instituer un traitement. J'ai toujours été embarrassé pour mettre une attelle convenable aux molaires et aux bicuspides sans déformer les dents, sans entailler leurs surfaces ; mais récemment j'ai rencontré une excellente attelle. Chacun connaît le procédé de Jackson qui consiste à employer un ressort en or pour remettre les dents en place. J'ai construit récemment un certain nombre de crochets d'or, recouvrant deux molaires et deux bicuspides et les amenant à leur place ; ils maintenaient les dents parfaitement en place et je les dispose de façon qu'ils ne s'approchent pas de la gencive et me donnent toute liberté de traiter les racines et d'obturer les dents. Ces crochets serrent un peu trop pour que le patient les enlève, mais l'opérateur peut les enlever sans effort.

Nous n'attachons pas assez d'attention à l'action des micro-organismes mentionnée par M. Perry. Dans notre traitement de ces cas nous devons diriger notre attention sur le nettoyage complet des culs-de-sac et des espaces interdentaires, de façon à enlever autant que possible ces micro-organismes.

M. Endelmann. — Je ne prétends pas que la goutte provoque nécessairement la pyorrhée, mais je prétends que la pyorrhée alvéolaire peut être une manifestation de la goutte, ce qui est tout autre chose.

MM. Dunning et Merritt ont rappelé les recherches de Talbot et dit que celui-ci a examiné 20.000 cas et trouvé seulement dans 5 ou 6 o/o des dépôts d'acide urique. Qu'est-ce que cela prouve ? Que dans les cas qu'il a examinés il n'y avait pas de dépôts d'acide urique lors de son examen. Cela n'est pas un argument contre mon affirmation, car les dépôts urates irritent la membrane péricémentaire et, comme ils la transforment en un foyer propice au développement des bactéries, les cocci pyogéniques l'envahissent bientôt et il en résulte de la suppuration.

La disparition des urates dans les concrétions a été signalée par Kirk ainsi : Le pus, étant plus alcalin que le sang, amène le dépôt de phosphates de calcium du sang et, par conséquent il y aura dans le péricément un degré d'alcalinité suffisant pour dissoudre les dépôts d'acide urique qui étaient la cause primitive du trouble. Le fait que Talbot n'a trouvé de dépôts d'acide urique que dans 5 ou 6 o/o seulement des cas examinés par lui ne prouve rien pour moi.

Je suis surpris de la réfutation qu'a faite de mes dires M. Merritt. D'après Wells, il a dit que tout ce que fait l'acide urique est d'amener la formation d'un tophus. C'est exactement ce que j'ai dit : l'abcès tophique est pour d'autres articulations ce que la pyorrhée d'origine goutteuse est pour l'articulation alvéolo-dentaire.

Les abcès péricémentaires sont relativement rares. Le dépôt d'acide urique sur les racines des dents n'est pas un mythe ; il a été prouvé plusieurs fois que les urates sont déposées sur les racines. Des calculs des racines ont été examinés chimiquement et ils contiennent des urates : c'est là un fait. Quant à la diversité d'opinion touchant l'œuvre d'Haig, tous les cas examinés par lui et par d'autres, où il a été prouvé que pendant les accès de goutte la proportion d'urates dans l'urine était augmentée et celle de l'urée diminuée, montrent que cette phase de ses recherches basée sur la proportion d'acide urique à l'urée mérite réflexion.

Que l'urée soit ou non le précurseur de l'acide urique, cela n'altère pas mes conclusions. M. Rhein et moi nous sommes d'accord : il n'accepte pas la théorie de Haig qui attribue la production d'acide urique en quantités anormales à l'ingestion d'un excès d'aliments ; il l'attribue aux protéides emmagasinés dans le corps. Cependant la source de ces protéides, ce sont les aliments azotés et, par suite, que l'acide urique vienne des protéides emmagasinés ou directement des aliments protéides, la surveillance minutieuse du régime alimentaire est incontestablement une partie importante du traitement.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Rapport du secrétaire général.

Par M. H. Dreyfus.

Assemblée générale du 13 octobre 1908.

Messieurs et chers confrères,

A la fin de chaque session, il est d'usage que votre secrétaire général vous présente une vue d'ensemble des travaux qui vous ont été soumis, et des actes auxquels a participé la Société durant l'année écoulée.

Ce rapport ne constitue pas une vaine formalité : vous le présenter est une des prérogatives, auxquelles je tiens le plus, de la fonction que vous avez bien voulu me confier l'an dernier. C'est qu'en effet, aux prises avec les quotidiennes difficultés professionnelles, dans notre marche incessante vers le toujours mieux, nous n'avons pas le loisir de mesurer la distance parcourue : il faut cette halte annuelle pour que, d'un coup d'œil jeté en arrière, nous prenions conscience du progrès réalisé. Ce progrès est constant, et mes prédécesseurs à cette place ne se sont pas fait faute de le signaler, en passant en revue les travaux qui vous ont été communiqués ; car il y a une évidente et étroite relation entre l'évolution de l'odontologie au triple point de vue social, scientifique, technique, et l'importance de nos séances dans leur ensemble ; et cela, messieurs, est tout à l'honneur de votre Société, d'où partent bien souvent les théories et les méthodes nouvelles, et qui est toujours prête à accueillir et à discuter toutes les conceptions, d'où qu'elles viennent, si elles sont apportées avec conviction ; de telle façon que l'on peut dire d'elle qu'elle est, en quelque sorte, un microcosme odontologique ; de là vient, en partie, la considération dont elle jouit dans le monde entier : elle se doit à elle-même de soutenir ce bon renom par l'importance sans cesse renouvelée de ces travaux, et vous allez pouvoir juger qu'elle ne s'est pas dérobée à ce devoir.

Messieurs, l'année qui finit aura été particulièrement féconde ; nous avons vu de nombreux confrères venir nous apporter le résultat de leurs recherches, et, soit les exposer à nos réunions du soir, toujours si suivies, soit les rééditer pratiquement à nos séances du dimanche matin.

D'octobre à juillet, la Société s'est réunie quatorze fois; car, en dehors des dix séances prévues par les statuts, et qu'elle a tenues avec régularité, elle a consacré une séance supplémentaire à un sujet qui intéresse toute la profession, la réforme des dents minérales; en outre, et à diverses occasions, elle a donné trois séances de démonstrations pratiques, auxquelles ont pu assister de nombreux confrères exerçant dans les départements.

Dans l'énumération des travaux qui ont vu le jour dans cette enceinte, vous me dispenserez de suivre l'ordre chronologique pour me laisser adopter, autant que possible, l'ordre simplement logique, sans être néanmoins par trop asservi par l'exigence des rubriques, souvent trop étroites pour les sujets traités.

Comme tous les ans, les travaux relatifs à la dentisterie opératoire ont été nombreux; ils ont été, cette année, particulièrement intéressants. Les obturations de porcelaine nous ont valu une communication de *M. Ferrand* [1] sur la rétention des inlays, problème toujours délicat mais que l'auteur a élégamment résolu par son procédé des rondelles d'amiante.

D'autre part, *M. Barrié* [2] nous a présenté un four électrique d'une construction extrêmement simple et qui est appelé à rendre de grands services à la profession. Nous le verrons d'ailleurs fonctionner prochainement.

Plus nombreux ont été les travaux consacrés aux inlays en or. Grâce à eux, cette année sera au nombre de celles qui auront vu réaliser les progrès les plus importants. C'est tout d'abord *M. Georges Villain* [3] qui nous a exposé sa méthode pour obtenir les inlays creux, dont on a pu apprécier la perfection par de nombreux spécimens. C'est ensuite *M. Lemière* [4] qui a présenté deux appareils américains pour la fabrication des inlays en or coulé sous pression: celui de Kenyon, et celui de Custer, qui sont des applications de procédé Taggart, qui fit sensation en son temps. C'est *M. Williams* [5] qui a procédé à la coulée d'un certain nombre d'inlays, au moyen de l'appareil de Jameson utilisant la force centrifuge. Tous ces appareils, d'une construction si ingénieuse, ont donné des résultats parfaits et les inlays ont été obtenus avec une exactitude rigoureuse.

Mais avec ces appareils, l'inlay en or était voué à un emploi sinon exceptionnel, du moins assez restreint; il ne serait pas entré dans la pratique courante avec toutes ses applications, reconstitutions ou

1. V. *Odontologie*, 15 avril 1908, p. 298.
2. » 15 mars 1908, nº 5, p. 225.
3. » 15 novembre 1907, p. 420.
4. » 15 novembre 1907, p. 420.
5. » 30 novembre 1907, p. 460.

ancrages de bridges, si *M. Solbrig* [1] n'avait imaginé le procédé que, sauf erreur, c'est à la Société d'Odontologie qu'il a fait connaître tout d'abord. On peut dire, en effet, que M. Solbrig a, en quelque sorte, démocratisé l'inlay en or. Je n'ai pas besoin de vous rappeler le principe de sa méthode, si simple, que nous employons tous journellement, et dont les résultats sont si satisfaisants : la coulée de l'or provoquée automatiquement par le dégagement de vapeur d'eau se produisant au contact d'un tampon humide qui vient coiffer le revêtement-creuset où l'or est en fusion.

Nous devons beaucoup à M. Solbrig et la Société d'Odontologie doit se tenir pour honorée d'avoir eu la primeur de cette découverte.

Le principe sur lequel a été édifiée la méthode de M. Solbrig a été mis en pratique par plusieurs de nos confrères ; c'est ainsi que *M. Etchepareborda* [2] (de Buenos-Ayres) et *M. Prével* [3] ont construit des appareils très simples également, qui vous ont été présentés, et ont parfaitement fonctionné.

La question des inlays en or était assez importante pour qu'il fut intéressant, dès maintenant, d'en écrire l'historique. *M. Georges Villain*, avec la grande compétence que nous lui reconnaissons tous, s'est chargé de ce soin, et il a su créer un document auquel on pourra se reporter avec sécurité.

Pour étendu que soit le champ conquis par les inlays en or, la vieille aurification, qui a ses quartiers de noblesse, conserve de nombreuses indications ; aussi sera-t-on reconnaissant à *M. Lucien Lemerle* [4] d'avoir imaginé des fouloirs qui, utilisant la force développée par les muscles masticateurs du patient, diminuant l'effort de l'opérateur, diminuent en même temps sa fatigue au profit de sa dextérité. M. Lemerle doit d'ailleurs faire prochainement la démonstration de ces instruments à l'une de nos séances pratiques.

J'espère également que vous verrez expérimenter la méthode de traitement du quatrième degré que vous a exposée *M. Fildermann* [5] au nom de Mme Fildermann et au sien. La méthode aspiratrice dans le traitement du quatrième degré n'avait pas encore été mise en pratique, en France du moins, et il sera d'un grand intérêt d'en observer les résultats, au sujet desquels les auteurs conçoivent de grandes espérances.

M. Touvet-Fanlon a présenté une communication sur la nécessité pour la conservation des racines de leur coiffage après frettage [6].

---

1. V. *Odontologie*, 15 novembre 1907, p. 420 ; 15 janvier 1908, p. 11.
2. » 30 novembre 1907, p. 460 ; 15 décembre 1908, p. 519.
3. » 15 avril 1908, p. 306.
4. » 30 juillet 1908, p. 49.
5. » 30 mai 1908, p. 464.
6. » 30 mars 1908, p. 241.

Vous savez avec quelle foi M. Touvet-Fanton a toujours défendu ce principe du coiffage des racines, et sur quels arguments il appuie sa conviction, qu'il a su faire partager par de nombreux confrères. M. Touvet-Fanton, à qui l'on doit déjà un ingénieux instrument destiné au frettage, a présenté en outre un nouveau pivot à rotule à double articulation [1], qui facilite singulièrement la pose des dents à pivot dans les cas où le canal n'est pas rectiligne. Le pivot pour employer l'expression de l'auteur, devient automatiquement dirigeable.

La thérapeutique buccale nous a valu une communication sur le nitrate d'argent par M. Amoëdo [2] qui a su mettre en relief les multiples services que l'on est en droit d'attendre de cet excellent et antique agent médicamenteux.

La suppression de la douleur tient toujours une grande place dans les préoccupations des dentistes, qui continuent à se montrer les dignes descendants du grand ancêtre, j'ai nommé Horace Wells. Cela est bon à noter à un moment où il s'est trouvé un médecin éminent qui, vingt-deux siècles après Zénon, renchérissant sur le stoïcisme, affirme que la douleur est un bien, et que l'anesthésie aveulit la race. Quoiqu'il en soit, dans la lutte contre la souffrance à tous ses degrés, le dentiste a su devancer le médecin ; et cela se sait bien, car tel supporte avec mauvaise humeur l'analgésie légèrement incomplète qui peut accompagner certaines de nos manœuvres opératoires, qui accepte sans protestation un coup de bistouri qu'un peu de zèle du médecin pourrait cependant rendre indolore. Cette inégalité d'exigences envers le médecin et le dentiste est bonne à souligner, mais elle n'est pas pour nous déplaire, c'est peut-être à elle que nous devons nos progrès répétés dans l'anesthésie sous toutes ses formes.

Nous avons donc eu un certain nombre de travaux sur l'anesthésie. Un de nos jeunes confrères, *M. Charles Gaudron* [3], nous a présenté un masque de son invention qui permet l'emploi de tous les anesthésiques et qui est d'un maniement facile. M. Gaudron ne s'est pas contenté de vous présenter ce masque, il a voulu l'expérimenter devant vous [4], et je dois dire qu'avec le collaborateur de *M. Ch. Guébel* il l'a fait avec un plein succès, à l'une de nos séances du matin.

M. Décolland [5], dont nous connaissons tous l'appareil pour l'avoir vu faire ses preuves dans les congrès, les réunions ou les cliniques, M. Décolland vous a fait part de la modification qu'il y a apportée.

1. V. *Odontologie*, 30 novembre 1907, p. 461.
2. » 15 mars 1908, n° 5, p. 207.
3. » 29 février 1908, n° 4, p. 175.
4. » 30 mars 1908, p. 274.
5. » 15 mars 1908, n° 5, p. 210.

grâce à laquelle les partisans de l'anesthésie avec ou sans air pourront y trouver également leur compte. Dans une séance pratique [1], il a d'ailleurs anesthésié un certain nombre de malades, chez lesquels le sommeil a été obtenu sans le moindre incident. J'ajoute que M. Décolland a combiné un ouvre-bouche extrêmement pratique qui recevra des anesthésistes un excellent accueil [2].

La question des mélanges d'air et d'anesthésique nous a valu de *M. Camus* [3] une conférence très documentée dans laquelle l'auteur avec son talent d'exposition si apprécié, a fait preuve de son entière connaissance de la physiologie, connaissance si nécessaire à qui veut approfondir les théories relatives à l'anesthésie. Il s'est efforcé de prouver que l'on peut, avec un appareil à espace limité, faire de l'anesthésie générale de courte durée d'une façon parfaite et avec le minimum de risque.

Sur le même sujet nous avons eu la bonne fortune d'entendre *M. Pinet* [4], le savant professeur d'anesthésie de cette école, nous donner les résultats de la grande expérience qu'il possède de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle ; se plaçant au point de vue purement clinique, il a magistralement décrit les différentes phases du sommeil, selon la méthode d'anesthésie adoptée.

Dans une deuxième communication [5] M. Pinet a attiré l'attention des anesthésistes sur la façon si rapide dont les sujets déchlorurés sont anesthésiés par le chlorure d'éthyle, comme si dans ces cas la cellule nerveuse était douée d'une affinité particulière pour les composés chlorurés.

Le chlorure d'éthyle n'a pas été le seul anesthésique à être expérimenté, et je dois vous signaler la brillante démonstration de l'emploi du protoxyde d'azote, qu'a faite *M. Slaviski* [6].

Nous n'avons pas eu cette année de communication sur l'anesthésie locale proprement dite — peut-être parce que cette méthode a atteint à la perfection — mais nous avons eu deux démonstrations probantes par *M. Touchard* [7] de son procédé d'analgésie de la dentine par les injections sous-muqueuses. Qu'il me soit permis de rappeler que voilà plusieurs années que M. Touchard a décrit sa méthode, que depuis celle-ci a fait son tour d'Europe et d'Amérique, et que si elle nous arrive actuellement de l'étranger, elle ne fait que

---

1. V. *Odontologie*, 30 novembre 1907, p. 461.
2. » 30 août 1908, p. 149.
3. » 15 juin 1908, p. 483.
4. » 15 mars 1908, n° 5, p. 231.
5. » 15 mars 1908, n° 5, p. 230.
6. » 15 novembre 1907, p. 419.
7. » 15 novembre 1907, p. 419 ; 30 novembre 1907, p. 461.

rentrer dans son pays d'origine, puisque la paternité en revient sans conteste à notre président.

D'autre part *M. Mendel-Joseph* [1] nous a apporté une très intéressante contribution à l'étude de l'ionisation. Cette méthode relativement nouvelle permet, en quelque sorte, la pénétration électrolytique dans les tissus dentaires et péridentaires de solutions médicamenteuses appropriées. L'auteur a spécialement étudié l'ion cocaïne, au point de vue de l'analgésie, et l'ion zinc, au point de vue de la thérapeutique du 4e degré avec ou sans complications. L'électricité constitue une force qui sera un jour complètement asservie ; la méthode préconisée par M. Mendel-Joseph ne peut manquer de se développer encore, et il faut espérer qu'il continuera ses recherches dans cette voie, qu'il voudra nous en faire part, et qu'il fera bientôt devant vous la démonstration pratique de l'ionisation dans ses applications dentaires.

MM. Pont (de Lyon), Henri Villain, de Névrezé, ont traité des sujets d'orthodontie ; *M. Pont* [2] a fait une démonstration-communication sur la détermination de l'arcade normale ; il a fait l'historique de l'indice dentaire, et a indiqué les différentes façons de tracer l'arcade en s'aidant des méthodes usitées. Il a parlé des modifications actuelles et a présenté un barrême de mensurations grâce auquel pourront être supprimés tous les tâtonnements empiriques.

De *M. Henri Villain* [3] nous avons eu une communication sur l'emploi des forces intermaxillaires pour la correction du prognathisme.

Dans ce travail notre confrère a lumineusement exposé les avantages de cet excellent procédé, cette force extrêmement ingénieuse qu'on appelle ancrage de Baker et il a montré tous les avantages que l'on peut retirer des appareils de redressement à postes fixes.

M. de Névrezé a fait une intéressante communication accompagnée de nombreuses projections sur les cinq mouvements applicables à la mobilisation des dents en orthodontie. Nous avons pu ainsi entendre exposer les théories des deux grandes écoles américaines d'orthodontie, et nous devons remercier ceux de nos confrères qui ont eu le bonheur de séjourner dans des pays où la vie professionnelle est particulièrement intense, de nous faire bénéficier des connaissances qu'ils y ont pu acquérir.

En prothèse la méthode de Solbrig a reçu une application immédiate : *M. Platschick* [4] a présenté un appareil qu'il a construit avec M. Solbrig, destiné au coulage sous pression des pièces métalliques ;

---

1. V. *Odontologie*, 15 juillet 1908, p. 5.
2. » 30 novembre 1907, p. 459.
3. » 15 février 1908, n° 3, p. 97.
4. » 30 mars 1908, p. 272.

il a pu devant vous exécuter plusieurs travaux de différente nature ; la perfection de l'ajustement de toutes ces pièces était remarquable.

M. Geoffroy[1] a expérimenté toujours avec succès l'appareil poinçon qu'il a imaginé pour l'estampage des plaques métalliques, et qui simplifie tellement le travail de l'estampage.

M. Rousseaux[2] (de Roubaix) nous a présenté un modèle très pratique de moufle à fond interchangeable ainsi qu'un levier de serrage appelés à rendre de grands services dans les laboratoires.

M. Amoëdo[3], qui est un peu comme le champion des articulateurs anatomiques, vous a présenté un exposé historique relatif à cette question des articulateurs dont il vous a fait voir un grand nombre, soit en nature, soit à l'aide de projections lumineuses.

Enfin, une question toute d'actualité qui touche à la prothèse et aux intérêts professionnels a été développée au cours d'une séance spéciale par *M. Richard-Chauvin*[4].

Vous connaissez tous par une fâcheuse expérience les sujets de mécontentement qui nous viennent des dents artificielles actuelles. Loin de progresser, la fabrication en devient chaque jour de plus en plus défectueuse. Teinte, forme, solidité, tout laisse à désirer. Ce n'est pas que plaintes et protestations aient été épargnées, ce n'est pas que de nombreuses commissions n'aient été constituées, en principe au moins ; mais ce ne sont là que manifestations platoniques. M. Richard-Chauvin a pensé qu'il y avait mieux à faire, et il a fait tête contre l'ennemi ; après plusieurs années de recueillement et de patientes recherches, il est venu nous apporter la conception à laquelle il est arrivé de la dent minérale de l'avenir ; la présentation qu'il en a faite, les expériences auxquelles il s'est livré nous ont persuadés de la justesse de ses vues, et je crois qu'en le félicitant de son initiative nous devons l'accompagner de tous nos vœux pour l'heureux aboutissement de ses recherches. Ce sera une victoire pour la prothèse et aussi pour l'industrie française.

La prothèse restauratrice de cette année a encore été très brillamment représentée à la Société d'Odontologie.

M. Rigolet[5] (d'Auxerre) a présenté un malade ayant subi la résection d'un maxillaire supérieur, et portant un appareil confectionné il y a huit ans. Depuis cette époque ce malade oublie son infirmité et vit de son existence normale. C'est un succès dont il faut féliciter sans réserve notre confrère.

---

1. V. *Odontologie*, 30 mars 1908, p. 272.
2. » 15 avril 1908, p. 305.
3. » 30 mai 1908, p. 473.
4. » 30 mai 1908, p. 435.
5. » 15 novembre 1907, p. 422 ; 30 novembre 1907, p. 461.

MM. Georges Lemerle et *Geoffroy*[1] ont montré toute leur ingéniosité dans un cas particulièrement difficile de restauration de la région jugo-molaire pour lequel ils ont pu confectionner un appareil d'une grande perfection au point de vue de la commodité, de la fixité, de l'esthétique.

M. Delair, enfin, à plusieurs reprises vous a présenté des cas de prothèse restauratrice qui, malgré l'habitude que nous avons prise de nous attendre à des miracles de sa part, ont forcé notre admiration. Il semble qu'il ait gagé de toujours se surpasser lui-même.

Vous connaissez tous ses travaux sur la prothèse squelettique du crâne, selon son expression, au moyen des plaques d'or perforées tenues en position par des griffes fixées dans les os. Vous vous rappelez certainement le beau résultat qu'il obtint chez cet officier de cavalerie, qu'il vous a présenté, et à qui il remplaça par une plaque d'or une notable partie de la voûte cranienne défoncée dans une chute de cheval[2]. Eh bien ! au risque de commettre une indiscrétion, laissez-moi vous donner des nouvelles de cet officier, et vous dire qu'il vient de faire une nouvelle chute de cheval, et qu'il a pu sans aucun inconvénient cette fois tomber sur la tête : On peut dire sans exagération que M. Delair construit plus solidement que la nature ! Nous avons d'ailleurs vu, à l'une de nos séances[3], un de ses anciens restaurés qui vint, au bout de trois ans, montrer qu'il était toujours en vie, et que son pariétal en or n'avait nullement bougé.

M. Delair nous a également présenté un cas de prothèse nasale dans lequel la rétention offrait de grandes difficultés qu'il a surmontées grâce à un mécanisme aussi ingénieux que simple. Enfin il nous a encore montré les résultats rapides qu'il obtient à l'aide de son voile à clapet, que vous connaissez bien, chez les opérés de staphylorraphie qui n'ont pas bénéficié de tous les avantages de cette opération[4].

Vous voyez que pour les mutilés de tout genre M. Delair est toujours sur la brèche, si je puis ainsi dire, et qu'à tous, grâce à ses patientes recherches, à sa science, à son art si ingénieux, il apporte l'espoir, il rend l'appétit de la vie. L'humanité lui doit déjà beaucoup : ici nous faisons tous des vœux sincères pour que les pouvoirs publics prennent enfin cette dette à leur compte.

Puisque je viens de parler de M. Delair j'ai à vous rappeler la relation que nous a envoyée *M. Couturier*[5] au sujet d'une fracture du maxillaire que, étant infirmier militaire, il a traitée au moyen de l'appareil de construction simple et rapide imaginé par M. Delair, mon-

---

1. V. *Odontologie*, 30 août 1908, p. 145.
2. » 15 décembre 1907, p. 514.
3. » 30 juin 1908, p. 553.
4. » 30 mai 1908, p. 462.
5. » 15 novembre 1907, p 406.

trant ainsi les services que doit attendre l'armée de l'utilisation des dentistes.

Les fractures des maxillaires ont également fait l'objet d'une communication de *M. Georges Lemerle*[1] qui a créé un appareil, en l'espèce une simple gouttière métallique estampée et fixée sur l'arcade dentaire à l'aide de ciment. Il y a là un grand progrès ; car l'immobilisation rapide et complète des fragments apporte le soulagement immédiat et la possibilité de l'alimentation ; d'autre part la rétention par le ciment est parfaite et présente le grand avantage de supprimer l'accumulation des aliments et des mucosités qui, avec les autres appareils, provoquent une infection susceptible de retarder la consolidation. Il est certain que l'innovation de M. Georges Lemerle a fait faire un grand pas au traitement des fractures des maxillaires.

Nous avons eu de *M. Roy*[2] une note sur l'étiologie d'un cas de leucoplasie buccale, dans lequel la syphilis ne semble pas devoir être incriminée. Cette observation vient à son heure, à un moment où l'étiologie de la leucoplasie est encore le sujet de controverses.

M. Gaston Rousseaux[3] nous a présenté un cas fort curieux de malocclusion chez un sujet atteint de maladie de Parkinson, qui met en question la relation de cause à effet entre la lésion nerveuse et le désordre bucco-dentaire.

Les questions anatomiques nous ont valu d'entendre exposer par *M. Amoëdo*[4] une communication illustrée de nombreuses planches murales, sur l'articulation temporo-maxillaire des muscles masticateurs et des arcades dentaires.

M. Amoëdo nous a également entretenus d'un point de critique historique relative à l'anatomie spéciale[5].

La Société d'Odontologie ne s'est pas désintéressée des questions d'hygiène. C'est d'abord *M. Roy*[6] qui a parlé, comme il le fera encore tout à l'heure de l'hygiène dentaire scolaire, dont il a parfaitement fait voir toute l'importance.

C'est enfin *M. Lamy*, inspecteur général de l'Instruction publique[7], qui est venu montrer comment fut élaborée la récente circulaire du Ministre de l'Instruction publique sur l'hygiène de la bouche dans les écoles normales et les internats primaires, circulaire dont il fut certainement l'instigateur, après qu'il eut pu apprécier les résultats

---

1. V. *Odontologie*, 15 avril 1908, p. 295.
2. » 15 août 1908, p. 133.
3. » 15 août 1908, p. 130.
4. » 15 mai 1908, p. 387.
5. » 15 juin 1908, p. 490.
6. » 30 décembre 1907, p. 576.
7. » 30 juin 1908, p. 531.

obtenus dans cette voie à l'étranger. L'hygiène dentaire possède un champion convaincu et influent en M. Lamy, à qui la profession tout entière et surtout le public, doivent des remerciements. Mais nous devons, en bonne justice, voir également dans ces heureuses réformes, qui ne sont que la première étape vers le but, le fruit des efforts constants et bien coordonnés du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, et particulièrement de son actif et dévoué président : ce sont les principes qu'il a toujours défendus qui sont enfin reconnus officiellement.

J'en aurai terminé avec la revue des travaux scientifiques de la Société quand j'aurai rappelé la communication de *M. Huet*, de Bruxelles [1], sur la classification décimale en odontologie, qui, lorsqu'elle sera employée en France nous rendra tant de services dans nos recherches bibliographiques. Cette méthode si simple, si logique, est appliquée largement en Belgique, et nous devons être reconnaissants à M. Huet d'avoir tenté de la vulgariser chez nous.

Après cette énumération des travaux qui vous ont été présentés, il serait profondément injuste de ne pas mentionner les discussions qui leur ont été consécutives ; par ces discussions, dont plusieurs ont connu une ampleur réservée d'ordinaire aux discussions des rapports de congrès, et dans lesquelles les sujets en question ont pu être traités à fond, vous avez affirmé la vitalité de la Société d'Odontologie.

D'ailleurs vous avez été dignement représentés dans les divers congrès et réunions qui se sont tenus cette année. C'est ainsi que vous avez entendu le compte rendu du Congrès de Jamestown, par *M. Etchepareborda* [2] (de Buenos-Ayres), à qui vous avez offert une médaille de vermeil, en reconnaissance de son dévouement et de son zèle à faire connaître et aimer, dans son pays, les méthodes d'enseignement qu'il a rapportées de France. Vous avez aussi pu lire les comptes rendus du Congrès de Clermont-Ferrand, et de la réunion, à Bruxelles, de la Fédération dentaire internationale dont M. Sauvez a été élu président. Je suis persuadé que l'année prochaine vous voudrez assurer également le succès, en vous y faisant représenter, du Congrès de Lille, dont MM. Siffre et Roy sont président et vice-président, et de la réunion internationale de Berlin.

Je serais incomplet si je ne vous entretenais pas, en terminant, de la vie administrative de la Société. J'ai le regret de vous rappeler que vous avez eu, après enquête, et conformément à votre règlement, à prononcer une radiation à la suite d'une plainte émanant de quarante membres de la Société, et de l'ensemble des bureaux des différentes branches du Groupement de l'Ecole dentaire.

---

1. V. *Odontologie*, 30 janvier 1908, p. 57.
2. » 15 novembre 1907, p. 410.

Le règlement a été, sur le rapport de M. Lemaire, l'objet d'une modification qui le met en harmonie complète avec les règlements des deux autres Sociétés également modifiés.

Vous avez eu à nommer deux délégués à un Comité constitué en vue d'élever un monument à H. Wells. Vous avez désigné, à cet effet, MM. Sauvez et Touchard.

Enfin, par l'entremise de la Société d'Odontologie, l'Ecole, le Musée et la Bibliothèque se sont enrichis à différentes reprises.

M. Rousseaux (de Roubaix) a offert à l'Ecole différents instruments de laboratoire.

M. Debray (de Saint-Germain) a fait don au Musée de plusieurs anomalies radiculaires.

Nous avons enfin reçu de M. Amoëdo son *Etude sur l'articulation temporo-maxillaire et les muscles masticateurs ;* de M. Choquet son travail sur *Les dents dans les différentes races ;* de M. Friteau, son *Manuel du candidat aux examens de chirurgien-dentiste ;* de M. Jossu, sa thèse sur *La mortification pulpaire ;* de M. Mendel-Joseph, son ouvrage sur *L'ionisation en thérapeutique dentaire ;* de M. Siffre, son étude sur *Le service dentaire dans l'armée française.* En votre nom, je remercie tous ces donateurs, en m'excusant si j'ai omis certains d'entre eux dont les envois auraient pu être, par inadvertance, dirigés directement sur la Bibliothèque.

Je n'ai pas à rappeler ici les pertes cruelles que nous avons éprouvées durant cette année ; on vous les redira dans d'autres assemblées. Cependant je tiens à saluer la mémoire d'un ancien président de la Société d'Odontologie, Edmond Papot, que nous avons perdu il y a quelques semaines à peine. Edmond Papot avait rempli, dans notre Groupement, d'importantes fonctions dans lesquelles il avait su gagner toutes les sympathies; il emporte l'unanimité des regrets de ses confrères.

Je ne terminerai pas, messieurs et chers confrères, sans vous remercier, au nom du Bureau, de votre assiduité, et de la façon dont vous lui avez permis d'accomplir sa mission. A mes collègues du bureau, avec lesquels je n'ai jamais cessé d'être en communauté de vues, et particulièrement à notre président, je dois des remerciements personnels, pour l'indulgence qu'ils m'ont témoignée et qui a singulièrement facilité ma tâche.

A vous tous mes chers confrères, j'adresse une dernière requête pour la session qui commence : je viens vous prier de ne jamais laisser échapper, par excès de modestie, l'occasion d'apporter votre contribution à l'enseignement commun ; dites-vous que tout est intéressant, que rien n'est négligeable, et que, dans notre profession où existent tant de chercheurs, le moindre fait bien observé peut être l'origine de progrès insoupçonnés.

Séance du 13 octobre 1908.

La Société d'Odontologie a tenu son assemblée générale le 13 octobre 1908, à 9 heures, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Touchard, président.

I. — Correspondance.

La correspondance comprend des lettres d'excuses de M. Maman (de Charleville) et André, ainsi qu'une lettre de M. Delair, demandant à faire une présentation.

II. — Adoption des procès-verbaux.

Le président met aux voix l'adoption des procès-verbaux de la session qui ont été publiés dans *L'Odontologie*. Ceux-ci sont adoptés à l'unanimité.

III. — Le formothymol dans le traitement du 3e et du 4e degré, par M. Miégeville.

M. Miégeville, dans cette communication qui sera publiée prochainement, étudie le mode de préparation de ce médicament dont il vante les effets thérapeutiques dans le 4e degré.

Discussion.

M. Baudet. — M. Miégeville vient de nous faire une heureuse démonstration ; au surplus je désirerais savoir si, au cours de la préparation, l'acide carbonique ne joue pas un certain rôle. M. Miégeville nous en parle, il y attache donc quelque importance ; il fait remarquer notamment que le coke est chauffé seulement au rouge cerise ; à mon avis, même à ce point, puisqu'il y a combustion, il y a fatalement production d'acide carbonique. Y a-t-il lieu, pour mener à bonne fin l'opération, d'en tenir compte ?

M. Miégeville. — L'acide carbonique ne joue pas un rôle important, mais c'est une cause de perte de produits par transformation ; on peut remplacer le coke par la ponce ou tout autre corps poreux, mais on devra toujours prendre les mêmes précautions. Au rouge cerise l'acide carbonique ne se forme pas.

M. Roy. — Depuis l'introduction dans la thérapeutique par Buckley, de Chicago, du tricrésol-formol, ce produit a pris une grande extension dans le traitement de l'infection pulpaire. C'est que, ainsi que l'a montré un ancien élève de cette école, M. Heick dans un travail fort intéressant paru dans *L'Odontologie*, l'association des crésols et du formol agit non seulement comme antiseptique mais encore transforme en produits neutres ou même antiseptiques les

produits graisseux et ammoniacaux résultant de la décomposition pulpaire. Grand partisan de l'essence de cannelle qui est un excellent antiseptique je l'ai abandonné pour le tricrésol-formol qui me donne encore de meilleurs résultats. Il y a quelques années, un de nos confrères suisses, M. Blanc, de Genève, je crois a préconisé le trioxyméthylène qui émet d'une façon constante des vapeurs de formol ; un certain nombre de praticiens vantent également beaucoup cette préparation. Tous ces faits militent en faveur de l'action antiseptique puissante du formol dans la décomposition pulpaire.

M. Miégeville, aujourd'hui nous présente une nouvelle préparation où le formol est combiné au thymol; cette combinaison de deux antiseptiques extrêmement puissants me paraît tout à fait digne d'intérêt.

M. le président. — Le trioxyméthylène a cet inconvénient de dégager des vapeurs de formol, on évite autant que possible le dégagement de vapeurs dans le traitement des dents afin d'empêcher les poussées de périodontite de se produire.

M. Roy. — Je demanderai également un renseignement à M. Miégeville, c'est à propos du formol dans le 3e degré, M. Miégeville a-t-il eu l'occasion d'observer ce que M. le président vient de nous dire.

M. Miégeville. — Avec le trioxyméthylène le dégagement constant d'aldéhyde formique naissant produit de l'arthrite alvéolo-dentaire, mais je n'ai jamais remarqué rien de semblable avec le formothymol-tricrésol.

M. Audy. — Je voudrais demander à M. Miégeville si le formothymol présente des propriétés comme le formol qui lorsqu'il y a encore un peu de vitalité donne des douleurs ?

M. Miégeville. — L'application de formothymol n'est nullement douloureuse.

M. Roy. — Dans le cas d'amputation pulpaire vous n'avez jamais eu d'ennuis ? moi qui en suis grand partisan je n'emploie pas le tricrésol-formol dans la crainte de provoquer de petites poussées d'arthrite signalées avec les pansements de formol dans le 3e degré.

M. Miégeville. — Depuis que je mets du tricrésol et du thymol je n'ai jamais ces inconvénients, mais avec le formol pur ainsi qu'avec le formol géranié, ces poussées d'arthrite sont constantes.

M. Godon. — Je désire insister sur la partie du traitement dont nous a parlé M. Miégeville, l'occlusion de la cavité avec de la gutta-percha dès la première séance je crois, avec son traitement dans un 4e degré ; j'emploie le tricrésol dans ces cas, j'agis de même avec de bons résultats grâce à l'air chaud comprimé dont je me sers depuis quelque temps et que je chauffe électriquement ; on peut même faire mieux et obturer la cavité immédiatement au ciment en y laissant le pansement au tricrésol pour la rouvrir au bout de quelques jours comme nous l'indiquait notre confrère Nolda, de Hambourg ; le médi-

cament agit ainsi en vase clos, les réactions se font à l'abri de la salive. Je puis ainsi traiter très rapidement un 4e degré avec l'air comprimé chauffé, je fais ainsi pénétrer très profondement en le vaporisant le tricrésol dans les canaux; on peut faire ainsi une obturation presque immédiate à l'aide de ce procédé; est-ce que pour le médicament que vous préconisez, on peut pratiquer la même méthode de traitement.

M. Miégéville. — En général à la première séance je n'obture pas à la gutta, je pourrais le faire, mais je l'évite afin d'empêcher, s'il se produisait des dégagements gazeux, une poussée d'arthrite. Mais à partir de la 2e séance j'obture toujours à la gutta.

M. Godon. — Je considère comme très important de ne pas laisser autant que possible de pansement de coton dans une cavité ouverte et de pouvoir obturer à la première séance soit d'une manière définitive, soit d'une manière provisoire quitte, si cela est nécessaire, à rouvrir quelques jours après.

M. Miégeville. — Dans la plupart des cas, à la première séance, je nettoie sommairement mes canaux afin d'éviter de pousser à l'apex des produits septiques et je mets une mèche imbibée de formothymol-tricrésol sous pansement occlusif à la sandaraque. Je me suis toujours bien trouvé de ce procédé.

M. Roy. — Dans le traitement de Buckley il est recommandé aussi de ne pas trop nettoyer les canaux à la première séance et de ne pas obturer à la première séance.

M. Blatter. — Le tricrésol rend de très grands services dans le traitement des dents de lait; on peut déjà obtenir un résultat avec un seul pansement au tricrésol; pour moi, le tricrésol est l'antiseptique de choix pour le traitement de la carie pénétrante des dents temporaires.

M. le président. — Je remercie M. Miégeville, de sa très intéressante communication; j'aurais voulu, pour ma part, lui poser quelques questions; mais je me bornerai à insister sur le danger qu'il y a à forcer la dose de formol; vous savez combien il est dangereux d'employer le formol à l'état pur; comme le disait M. Roy, il donne très souvent de la périodontite. Avec la formule préconisée par Buckley, on peut l'employer impunément, dans le traitement des dents de lait où, à faible dose, il assure la guérison complète.

Enfin, je mets en garde ceux qui préparent eux-mêmes leur produit contre le danger qu'il y a à mettre une dose trop forte de formol. En terminant, je rappelle que c'est un professeur de cette Ecole, M. de Marion, qui a été le premier à utiliser le formol dans le traitement du 4e degré.

M. Miégeville. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Touchard, aussi dans ma préparation de formothymol au tricrésol j'utilise la moins

grande quantité d'aldéhyde formique possible pour obtenir un bon résultat.

IV. — RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Le secrétaire général donne lecture de son rapport sur le fonctionnement de la société pendant la session 1907-1908. (Voir plus haut.)

Ce rapport est adopté.

V. — ELECTION DU NOUVEAU BUREAU.

Il est procédé à l'élection d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire adjoint pour la session 1908-1909.

Le vote qui a lieu par bulletins, donne les résultats suivants, proclamés après la présentation de M. Delair.

Votants 57. Ont obtenu :

Pour la fonction de	*président*.......	M. Barrié........	49 voix	élu.
—	*vice-président*...	M. Blatter........	52 —	—
—	*vice-président*...	M. Georges Robin.	50 —	—
—	*secrétaire adjoint*	M. G. Villain.....	50 —	—

Un certain nombre de voix se sont portées sur le nom de différents membres de la société, mais en très petit nombre sur chacun.

VI. — PROTHÈSE CRANIENNE. PRÉSENTATION DU SUJET, PAR M. DELAIR.

M. le président. — M. le secrétaire général vous a donné tout à l'heure lecture d'une lettre de M. Delair le priant de vouloir bien lui faire donner la parole pour la présentation de son malade. Je donne la parole à M. Delair.

M. Delair. — L'année dernière à pareille époque, j'avais l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie, un malade auquel, trois mois auparavant, j'avais appliqué un temporal artificiel en or par mon procédé de plaque perforée.

Le lendemain, c'est-à-dire le mercredi, je présentais à la Société de chirurgie, ce même malade avec les chirurgiens qui l'avaient opéré au Val-de-Grâce. A cette séance du mardi de la Société d'Odontologie, un de nos collègues avait émis des doutes sur la durée de la rétention de la plaque. Je n'avais rien à répondre à cette objection qui pouvait être juste ou prématurée... il n'y avait qu'à attendre les événements, c'est ce que je fis. Je promis seulement à M. le président que si j'en avais la possibilité, je représenterais mon malade dans un an.

Eh bien ! je vous l'amène ce soir.

Quelques semaines, deux semaines, je crois, après la présentation, mon patient, qui est officier de cavalerie, reprenait son service au 16e régiment de chasseurs à Bône. C'est vous dire que ce n'est pas un mythe, comme cela a pu être dit quelque part.

Au mois de mai de cette année il montait en course aux environs de Dijon, lorsque l'accident qui avait provoqué sa fracture du crâne l'année précédente se reproduisit de nouveau. Son cheval fit panache en sautant un mur, il alla tomber, sur la tête encore, entre deux talus, c'est-à-dire dans un sillon de terre labourée; la plaque porta violemment contre le sol et contre la pierre, puisqu'il eut le front et le nez déchirés : la plaque résista. Guéri après quelques jours de repos, sa témérité n'ayant pas diminué pour cela, il fit au mois de juillet les manœuvres qui durèrent depuis Bône jusqu'à Corrency et retour, c'est-à-dire de longs jours à raison de dix heures par jour de cheval et de fatigues excessives. La plaque a résisté à tout, elle n'est pas tombée, quoique en or et je suis heureux de vous le représenter ce soir, mieux réconforté que l'année dernière, car à cette séance, il n'était pas parti d'ici sans quelque crainte, puisqu'on avait émis l'opinion que sa plaque pouvait ne pas tenir.

J'ai eu le plaisir de constater qu'il est en parfaite santé. Vous voyez que sa cicatrice très petite, et peu visible, ce qui est tout à l'honneur des chirurgiens qui l'ont opéré. En confectionnant cette plaque que j'ai appliquée moi-même en leur servant d'aide, j'ai montré, je l'espère, combien dentistes et chirurgiens peuvent s'entr'aider en collaborant aux mêmes travaux.

VII. — Essai d'unification de la terminologie et des diverses classifications en orthodontie, par M. G. Villain.

M. G. Villain donne connaissance d'une étude sur ce sujet.

Ce travail est jugé si original et si intéressant, qu'il est décidé que la discussion qui gagnera à être différée sera remise à une séance ultérieure. D'autres travaux sur l'orthodontie devant être également prochainement discutés, on décide de réunir en commission spéciale ceux des membres qui désirent prendre part à la discussion, afin qu'à celle-ci puisse être imprimée une direction logique qui puisse la faire aboutir.

Sont membres de cette commission MM. Baudet, Francis Jean, Frey, Godon, Meng, de Névrezé, Roy, G. Villain, H. Villain.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

(F. D. N.)

Siège social : 28, rue Serpente, Paris.

5e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin, 23 au 28 août 1909.

COMITÉ FRANÇAIS DE PROPAGANDE.

Paris, 30 octobre 1908.

Mon cher confrère,

Le Comité d'organisation du 5e Congrès dentaire international, qui se tiendra à Berlin du 23 au 28 août 1909, a chargé la Fédération dentaire nationale française, union des sociétés dentaires de France, de constituer dans notre pays, un comité de propagande. Ce comité a pour but de provoquer la participation des dentistes français au dit Congrès, de les engager à y présenter des communications et à y faire des démonstrations pratiques ; il s'est constitué le 11 juin dernier, lors d'une réunion de la Fédération. Il comprend des délégués des diverses sociétés d'odontologie et des trois écoles dentaires reconnues d'utilité publique ; il est donc bien qualifié pour représenter la partie scientifique de la profession.

Vous n'ignorez pas l'importance du rôle de la Fédération dentaire nationale dans notre évolution professionnelle actuelle. Le caractère et le passé des sociétés qui la constituent, contribuent à lui donner l'autorité nécessaire, puisqu'elle est ainsi l'émanation de la grande majorité des dentistes français qui ont le souci des intérêts généraux de la profession. En effet, par l'union de ces diverses sociétés et écoles, elle représente un groupement de près de 2.000 membres.

La protection de nos intérêts généraux, l'élévation de notre vie scientifique et sociale, sont son objectif constant, et les résultats les plus appréciables ont pu de la sorte, être obtenus.

Elle a été chargée par la Fédération dentaire internationale d'organiser en France la souscription destinée à honorer la mémoire du professeur Miller, par la création d'un prix international, qui sera attribué périodiquement au travail odontologique le plus méritant.

Plusieurs réformes importantes élaborées dans nos groupements ou inspirées par eux, ont, grâce à l'appui de la Fédération, reçu un commencement de réalisation. C'est ainsi que l'adoption par l'autorité supérieure des réformes de l'enseignement dentaire et des examens d'Etat, et l'accueil fait au rapport sur cette question que nous avons présentée, sont des résultats dont on ne peut nier l'importance. La circulaire du Ministère de la Guerre relative à la situation officielle des chirurgiens-dentistes dans l'armée est le début d'un perfectionnement dans les services de santé militaires ; c'est aussi le début d'une réforme philanthropique qui devra par la suite se compléter, et à ce point de vue, notre tâche n'est pas terminée.

La circulaire du Ministre de l'Instruction publique, concernant les inspections dentaires, obligatoires aujourd'hui dans les écoles normales primaires d'instituteurs et d'institutrices, et les services de traitement, feront pénétrer davantage dans nos mœurs, l'utilité des soins que nécessite le système dentaire.

Les soins dentaires complets assurés dans un certain nombre d'établissements de l'Assistance publique, et les services que rendent les écoles dentaires à cette Administration à présent, montrent l'extension du rôle du chirurgien-dentiste en matière d'assistance, malgré l'opposition d'adversaires réfractaires aux réformes pratiques de notre profession.

L'action de notre groupement professionnel fédéral est donc plus que jamais nécessaire pour la réussite de nos revendications et le succès de nos congrès.

Nous n'avons pas besoin de vous faire ressortir l'utilité des congrès, démontrée depuis longtemps ; mais nous croyons nécessaire d'insister sur l'importance d'avoir, pour notre profession autonome, des congrès internationaux spéciaux, où se traitent uniquement des questions d'art et de science dentaires. La science odontologique est suffisamment vaste pour que sa connaissance et sa pratique exigent des praticiens s'y consacrant particulièrement. Il était donc logique que la dentisterie eût ses congrès internationaux propres, tout comme les autres sciences, ou tout au moins des sections d'odontologie ouvertes aux chirurgiens-dentistes dans les congrès des sciences médicales.

Or, cette place est précisément refusée à l'odontologie et aux odontologistes au Congrès des sciences médicales qui se tiendra en 1909 à Budapest, à peu près à la même époque que le Congrès de Berlin.

Le Congrès de Budapest comprendra en effet une section — non pas d'odontologie — mais de stomatologie, ouverte seulement aux docteurs en médecine exerçant l'art dentaire, et fermée à tous les

chirurgiens-dentistes français et étrangers, quelle que soit leur valeur.

En présence de cet ostracisme nouveau injustifié et inqualifiable, qui a provoqué d'ailleurs de nombreuses et légitimes protestations des différentes sociétés professionnelles françaises et étrangères, notamment de l'Union centrale des stomatologistes autrichiens et la Société des stomatologistes de Russie, de la Fédération dentaire nationale et de la Fédération dentaire internationale, nous avons le devoir de montrer ce que peut faire notre profession, les progrès réalisés, les perfectionnements obtenus, les découvertes nouvelles, l'avancement de notre science ; nous avons le devoir surtout de montrer que nous n'avons pas besoin ni d'être remorqués, ni d'être protégés.

Nous sommes convaincu que ces idées sont les vôtres et que vous tiendrez à l'honneur de contribuer dans la mesure du possible à la réussite et à l'éclat du 5e Congrès dentaire international de Berlin, qui sera le digne continuateur des Congrès de Paris (1889), de Chicago (1893), de Paris (1900) et de Saint-Louis (1904).

Nous vous adresserons prochainement le programme provisoire du Congrès, qui vous donnera un aperçu de l'importance de ses grandes assises professionnelles.

Nous vous demandons instamment d'adhérer à ce Congrès, afin que le nombre des congressistes atteigne son maximum, d'assister aux séances, d'y présenter dans une ou plusieurs des sections un travail original sur une question de votre choix, ou d'y faire des démonstrations pratiques, enfin d'agir auprès des confrères avec lesquels vous êtes en relations personnelles, pour les décider à suivre votre exemple afin d'y représenter dignement l'odontologie française.

Nous nous tenons à votre disposition pour vous fournir tous renseignements dont vous auriez besoin, et nous vous demandons de vouloir bien nous adresser votre adhésion, que le Comité d'organisation nous a chargé de lui transmettre.

Dans l'espoir que notre appel trouvera bon accueil auprès de vous, nous vous prions de croire, mon cher confrère, à nos meilleurs sentiments confraternels.

Le président,
FRANCIS JEAN.

NOUVELLES

Exposition franco-britannique de Londres.

Nous avons le très vif plaisir d'apprendre que tous nos représentants à l'Exposition franco-britannique de Londres ont obtenu des récompenses.

L'Ecole dentaire de Paris a obtenu un grand prix.

M. L. Lemerle a obtenu également un grand prix en collectivité.

M. Godon a obtenu un diplôme d'honneur.

La Société coopérative des dentistes de France a obtenu une médaille d'or.

Enfin notre distingué confrère M. Delair, dont les travaux de prothèse restauratrice sont si remarquables et si justement admirés, a obtenu un grand prix dans la section 16 (chirurgie et appareils), avec les félicitations du jury. Pour tous ceux qui connaissent l'ingéniosité de M. Delair et les services qu'il rend aux mutilés — et qui les ignore maintenant ? — cette récompense est amplement justifiée et nous ne ferons que reconnaître une fois de plus le mérite de notre confrère en lui adressant, avec nos compliments, l'expression de notre vive satisfaction.

Ecole dentaire de Paris.

La séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses aura lieu le lundi 16 novembre, à 9 heures du soir, à l'Ecole, sous la présidence de M. P. Strauss, sénateur, assisté de M. Rebeillard, conseiller municipal de Paris.



Par décision du Conseil de direction en date du 10 novembre un concours sera ouvert pour le poste de professeur suppléant du cours théorique de prothèse et d'orthopédie dentaire.

Mariage

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Abel Fournier avec Mlle Madeleine Rousseau, célébré le 22 septembre dernier à Vincennes.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

28e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA MORTIFICATION DE LA PULPE DENTAIRE D'APPARENCE SPONTANÉE ET SES COMPLICATIONS[1]

Par ANDRÉ JOSSU.

Certains accidents pathologiques buccaux ou péribuccaux se produisent parfois sans que les dents présentent d'altération objective manifeste ; on serait tenté, dans ces cas, d'éliminer l'hypothèse d'une étiologie dentaire. Ce serait s'exposer à commettre une erreur de diagnostic et à entreprendre un traitement inefficace. La cause la plus banale, la plus commune de toute infection au niveau des maxillaires, n'est-elle pas la gangrène pulpaire ? Or, qui dit gangrène pulpaire ne dit pas forcément carie dentaire ; sans doute la carie est la voie la plus habituelle par où pénètrent jusqu'à la pulpe les micro-organismes pathogènes, mais elle n'est pas nécessaire à l'apparition de la gangrène.

La pulpe dentaire, en effet, est un tissu vivant qui fait partie de l'économie au même titre que chacun des autres organes et dont les réactions sont régies par les mêmes lois de pathologie générale ; seules les conditions locales spéciales peuvent prêter à ses manifestations morbides des caractères particuliers. Les divers processus classiques de gan-

1. Notre confrère M. Jossu, vient de terminer ses études à l'Ecole dentaire de Paris et d'achever également ses études médicales par une thèse intéressante qu'il a bien voulu résumer pour nos lecteurs dans cet article.

grène peuvent atteindre l'organe central de la dent et il est aisé de concevoir une classification des gangrènes de la pulpe calquée sur la classification classique des gangrènes en général. C'est ainsi que nous observons la gangrène primitive, septique d'emblée, qui est due à une infection du tissu encore vivant, dans la carie pénétrante et dans certains cas d'arthrite alvéolo-dentaire suppurée à début cervical. Quant à la gangrène secondaire par infection d'une eschare primitivement aseptique, nous savons qu'elle peut être directe ou indirecte, selon que le facteur qui la provoque agit sur l'organe lui-même ou qu'il exerce son action par un procédé médiat. La pulpe peut être frappée de mortification directe quand un agent mécanique, physique ou chimique l'atteint ; mais ceci ne peut guère se produire qu'à la faveur d'une lésion préexistante de la dent, telle que carie ou abrasion. Ce sont les variations thermiques, l'application des caustiques, qui réalisent le plus souvent ces conditions ; l'intervention d'un agent extérieur ou l'existence d'une lésion dentaire font que la cause de la mortification ne peut passer inaperçue dans ces cas. Au contraire, la mort de la pulpe semble spontanée si elle est due à une cause indirecte : trouble circulatoire, trouble nerveux ou altération du sang. Ce sont ces cas de mortification par cause indirecte d'apparence spontanée que nous étudions.

Tout d'abord remarquons que la situation anatomo-physiologique de la pulpe l'expose aux processus de gangrène indirecte. Dans une dent saine, l'organe pulpaire est enveloppé par une gaîne de tissus durs qui le protège contre les influences extérieures ; à défaut d'une brèche ouverte dans ces tissus, il n'existe qu'une voie d'accès vers la pulpe : le paquet vasculo-nerveux. Ainsi isolée et appendue à son pédicule, la pulpe constitue un véritable organe « terminal » et si l'artère radiculaire vient à être détruite ou oblitérée, le même fait se passera qu'on voit se produire dans le rein, la rate, le cerveau, la rétine ou le poumon : la circulation sera à jamais supprimée dans son territoire sans espoir de suppléance par une voie collatérale : l'organe succombera. Le

fait est évident pour les dents uni-radiculaires ; il sera beaucoup plus difficile à réaliser dans les dents à plusieurs canaux, car ici, tout en étant terminale dans son ensemble, la pulpe est irriguée par plusieurs pédicules qui peuvent se suppléer et il faudrait qu'ils fussent tous atteints pour que l'organe succombât dans sa totalité. En tous cas, c'est un abus de langage que d'appeler « dent morte » une dent dont la pulpe a perdu sa vitalité ; cette dent est en effet vivante encore au moins dans une de ses parties, le cément, qui reçoit sa vascularisation par l'intermédiaire de la membrane alvéolaire. Ce fait même explique la solidité avec laquelle ces dents restent implantées, l'articulation alvéolo-dentaire demeurant normale tant dans son ligament que dans ses surfaces articulaires, alvéole et cément.

Dans l'étiologie de la mortification pulpaire d'apparence spontanée, nous devons étudier des causes purement dentaires, des causes de voisinage, et des causes générales.

Le traumatisme dentaire est de beaucoup la cause la plus fréquente. Ses modalités sont très nombreuses. Quand il est unique, il faut qu'il soit assez violent ; et il en est souvent ainsi chez les enfants, que le choc soit direct ou qu'il soit transmis, comme dans les chutes ou coups sur le menton, ou lorsque des mouvements brusques sont imprimés à un objet tenu dans la bouche. Si le traumatisme est souvent répété, il peut être minime et provoquer cependant la mort de la pulpe ; c'est ce qui se produit chez les couturières qui coupent le fil avec les dents, chez les personnes qui grincent des dents, chez celles qui ont une articulation vicieuse, etc. Le traumatisme est quelquefois imputable au dentiste ; parmi les manœuvres dangereuses à ce point de vue, citons l'écartement temporaire rapide, l'ébranlement d'une dent voisine pendant une extraction, les redressements immédiats, certains appareils de redressement médiat surtout quand la force agissante est intermittente (plan incliné), les couronnes coiffant des dents non dévitalisées et dont l'articulation n'est pas parfaitement exacte. Deux hypothèses ont été émises pour expliquer la pathogénie de la mortifica-

tion dans ces cas de traumatisme. On l'a d'abord attribuée à une rupture du pédicule vasculaire qui serait déchiré par la mobilisation de l'apex ; plus souvent, semble-t-il, il se produirait une arthrite péri-apexienne traumatique à la suite de laquelle le faisceau vasculaire s'étranglerait dans l'anneau apical inextensible ou s'oblitérerait par thrombose. C'est aussi par défaut de circulation que la pulpe succombe chez certains individus hypercalcifiés, chez ceux dont les dents renferment des nodules calcaires.

Parmi les causes de voisinage, nous trouvons tous les traumatismes de la face, les fractures des maxillaires ; certains traumatismes chirurgicaux : dans la cure radicale de la sinusite par exemple, la curette râclant le plancher du sinus maxillaire peut atteindre les vaisseaux des dents. Les tumeurs de la région agissent par compression ou par propagation. Plus fréquentes sont les collections purulentes qui peuvent avoir leur origine dans un alvéole voisin, dans le sinus, ou dans quelque autre point de la région et qui détruisent les vaisseaux radiculaires ou provoquent leur oblitération par thrombose septique. C'est encore ce qui se produit en cas d'inoculation alvéolaire par un corps étranger, cure-dents, crins de brosse ou arête de poisson.

Les causes générales susceptibles de produire la gangrène sont les troubles nerveux et les altérations du sang. Il était tout indiqué de rechercher quelle part doit leur être attribuée dans l'étiologie de la mortification pulpaire. Pour éclairer notre religion sur le premier point, de la mortification dans les maladies nerveuses, nous avons examiné dans le service de M. le professeur Pierre Marie, à Bicêtre, des malades atteints d'affections où les troubles trophiques sont signalés (tabès, névrites, lèpre, hémiplégie). Il nous a semblé que lorsque des troubles trophiques se manifestent dans la sphère du trijumeau, ils ont pour premier effet de diminuer la résistance des gencives contre l'infection ; celle-ci s'établit alors et engendre à son tour des lésions qu'il serait inexact d'attribuer aux influences nerveuses seules. Nous n'avons constaté de mortification pulpaire que chez

des pyorrhéiques. Nous en concluons que les malades atteints d'affections nerveuses peuvent certes présenter des dents à pulpe mortifiée, mais que ce n'est pas là une altération trophique directe.

Dans les maladies infectieuses, la mortification de la pulpe a été signalée et considérée comme le résultat d'une thrombose due à l'infection centrale. Cette hypothèse est très attrayante et très élégante ; cependant il n'existe pas d'observation où le rapport de cause à effet soit établi de façon indiscutable à l'exclusion de tout autre facteur. C'est dans la convalescence de la grippe ou de la fièvre typhoïde qu'on l'aurait surtout observée. En résumé, les maladies nerveuses, les intoxications, les maladies infectieuses ou diathésiques peuvent jouer un rôle dans l'apparition d'une mortification pulpaire ; elles favorisent alors le processus qui la produit, mais ne créent pas la lésion de toutes pièces.

Quel qu'ait été le mécanisme du sphacèle, une pulpe mortifiée se présente sous l'aspect d'un magna sanieux de couleur sombre et qui dégage de façon à peu près constante une odeur nauséabonde. Cette masse examinée au microscope ne nous a révélé qu'un stroma confus prenant fort mal le colorant et dans lequel nous n'avons même pas pu caractériser un vaisseau ; on remarquait seulement par endroits des corps globuleux assez bien colorés et semblant provenir de noyaux cellulaires altérés. Nous n'avons pu faire qu'une seule recherche bactériologique. Il s'agissait d'une pulpe mortifiée extraite par trépanation ; les ensemencements en culture aérobie et en culture anaérobie sont restés stériles. Mais la possibilité d'une cause d'erreur dans la technique nous interdit de faire état de cette expérience unique. Il semble en effet, au contraire, qu'on doit admettre que l'eschare pulpaire primitivement aseptique est le plus souvent envahie par des anaérobies, fait qui s'accorde bien avec l'odeur dégagée et aussi avec les conditions réalisées dans la chambre pulpaire.

Au point de vue clinique, nous n'avons pas à parler des dents de lait, la mortification de leur pulpe n'étant pas un

fait pathologique. On n'a d'ailleurs jamais signalé d'accidents provoqués par elles dans de semblables conditions. Le plus souvent c'est chez les femmes qu'on constate les mortifications pulpaires, peut-être parce qu'on examine leur bouche plus souvent. L'accident survient habituellement dans l'adolescence, depuis l'éruption des dents permanentes jusqu'à 16 ou 18 ans. A cette époque, la mort de la pulpe entraîne l'arrêt de la calcification de la dent et souvent même la racine n'est pas encore achevée. Les dents multiradiculaires sont rarement atteintes ; parmi les uniradiculaires on trouve par ordre de fréquence : les incisives inférieures, les incisives supérieures, puis les canines. Ce siège d'élection aux incisives inférieures s'explique par leur exposition particulière aux traumatismes, par la nature des usages auxquels elles sont employées et aussi par les conditions spéciales de leur vascularisation. Leur pulpe est en effet un organe « terminal » comme toute pulpe dentaire, mais de plus le rameau qui l'irrigue est la terminaison de la dentaire inférieure qui a déjà fourni à toutes les dents de la demi-arcade, qui a émis le rameau mentonnier et dont les anastomoses trans-osseuses sont minimes : l'artère leur arrive comme épuisée, circonstance qui favorise les troubles circulatoires.

Il n'est pas rare de rencontrer plusieurs dents à pulpe morte dans la même bouche. Ceci s'explique aisément, car les dents voisines sont soumises aux mêmes influences simultanément, tant aux influences de l'état général ou local qu'à celles venues de l'extérieur. Cependant elles peuvent fournir des signes différents et être l'occasion de confusion quand on veut trouver la dent responsable d'une complication.

Pour qu'une complication survienne due à une mortification pulpaire de cause indirecte, il faut que l'eschare pulpaire ait été infectée. Il est vraisemblable d'admettre que la pénétration des germes pathogènes a lieu dans les cas qui nous occupent, c'est-à-dire lorsque les parties dures de la dent semblent intactes macroscopiquement du moins, par des solu-

tions de continuité microscopiques dans la substance de la dent. Il existe des fissures de l'émail qui sont constantes chez le bœuf et que l'on a retrouvées chez l'homme ; les dents, surtout celles qui ont été traumatisées peuvent présenter des fractures, des fêlures ; l'érosion, l'abrasion, mettent à nu la dentine. Celle-ci se trouve encore à découvert au niveau du collet sur certaines dents dont le capuchon d'émail ne rejoint pas la limite du cément. Ainsi la couche superficielle de la dentine peut être atteinte par les microorganismes qui, une fois engagés dans les espaces interglobulaires de Czermak, gagnent les canalicules de l'ivoire vides des fibres de Tomes et par là atteignent la chambre pulpaire. On a invoqué aussi la contamination par voie apicale et l'on a même supposé une infection d'origine centrale : elle est douteuse.

L'eschare pulpaire même infectée ne provoque pas forcément des complications ; les germes qu'elle renferme semblent atténués et, quand ils se révèlent, c'est parfois longtemps après la mort de la pulpe, quelquefois après plusieurs dizaines d'années. L'apparition des accidents survient par exaltation de la virulence des microbes ou par affaiblissement de la réaction de défense du terrain. C'est ainsi que les complications éclatent à l'occasion d'un trouble local ou plus souvent peut-être d'une altération de l'état général. Nous avons trouvé des cas où l'on doit incriminer l'action favorisante d'une grippe, d'une typhoïde, d'un rhumatisme, de la grossesse, des époques menstruelles, du surmenage, du refroidissement.

La complication primordiale qui apparaît est l'arthrite alvéolo-dentaire ; on pourrait dire que c'est la seule, car les autres ne sont que les conséquences de cette première manifestation. Elle évolue habituellement sans grand fracas, à la manière des arthrites chroniques, parfois elle ne se révèle que par l'éclosion d'autres accidents ; elle s'accompagne souvent de cémentite raréfiante.

Les accidents qui peuvent survenir alors, et dont l'étiologie est parfois obscure, méritent d'être énumérés. Tout

d'abord citons certaines névralgies rebelles dont le point de départ est une arthrite alvéolo-dentaire développée à l'apex d'une dent d'apparence saine. Certaines adénites sous-maxillaires de cette origine peuvent être confondues avec des adénites tuberculeuses. Elles peuvent aboutir à l'adéno-phlegmon. La fluxion avec ou sans abcès a été observée et aussi la forme phlegmoneuse qui entraîne parfois la nécrose partielle du maxillaire. Lorsque ces affections aboutissent à la suppuration et que leur origine a été méconnue, il s'établit des fistules permanentes, fistules muqueuses ou fistules cutanées, ces dernières, fréquentes au menton (incisives inférieures). Là encore le diagnostic se pose avec les fistules ostéopathiques tuberculeuses, l'erreur a été commise et certains malades ont même été opérés. Les kystes radiculaires, les abcès sinusiens sous-muqueux, la sinusite vraie, les troubles réflexes, troubles oculaires ou troubles trophiques peuvent aussi apparaître. En somme nous retrouvons ici toutes les complications de la carie pénétrante infectée avec cette particularité que la dent n'est pas cariée. Nous avons voulu les rappeler pour attirer l'attention sur leur diagnostic étiologique.

C'est en effet le plus souvent à l'occasion d'un de ces accidents que le spécialiste a à rechercher les dents atteintes de mortification pulpaire d'apparence spontanée. Le diagnostic en est souvent aisé, une fois qu'on y a pensé ; parfois aussi il est assez délicat. Les signes qui permettent de l'établir sont les suivants :

A l'inspection la dent à pulpe morte se distingue des autres par sa coloration. Elle est ardoisée, bleuâtre, grise, quelquefois tout à fait noire ; cependant habituellement moins foncée que la dent dont la pulpe a été gangrenée par carie ; sa teinte est d'autant plus accentuée que le sujet est plus jeune et la mort de la pulpe plus ancienne. Même quand cette teinte est peu prononcée la dent a perdu son éclat, elle a un reflet terne. Ce symptôme extrêmement précieux fait parfois totalement défaut, surtout à la mâchoire inférieure. Là, en effet, le canal radiculaire constitue un drain

placé en bonne portée déclive et la chambre pulpaire n'a pas retenu les produits de décomposition de la pulpe.

La même remarque s'applique à l'épreuve de la diaphanoscopie : la translumination permet en effet de déceler une opacité caractéristique qui apparaît comme une tache sombre entourée d'une zone claire formée par les parois pleines de la dent. Cette zone circonscrit la tache comme un U ouvert vers la racine. Ce signe, excellent quand il est positif, fait quelquefois défaut disons-nous, à la mâchoire inférieure surtout.

La dent à pulpe morte donne à la percussion un son mat, mais qu'il est délicat d'apprécier dans certains cas : il faut le comparer avec celui qui est rendu par la percussion de la dent homologue.

Ces procédés d'examen permettent le plus souvent d'établir de fortes présomptions, cependant aucun de ces signes n'est pathognomonique et il faut alors rechercher la sensibilité de la dentine. On recherche d'abord l'insensibilité thermique à l'aide du thermo-cautère et de boulettes de coton sur lesquelles on a pulvérisé du chlorure d'éthyle. Enfin si quelque doute subsiste et s'il importe cependant d'être fixé sur l'état de la pulpe, on a recours au puits explorateur de Sauvez qui renseigne sur la sensibilité profonde de la dentine. Si la dent est sensible, on arrête immédiatement le forage et l'on obture la cavité artificielle ainsi creusée ; si la dent est insensible, le forage est continué jusqu'à la chambre pulpaire ; cette trépanation constitue le premier temps du traitement. La pénétration dans la cavité centrale de la dent est d'ailleurs indolore et s'accompagne d'une odeur fade et nauséabonde qui est la confirmation du diagnostic.

Arrivé à ce résultat le diagnostic n'est pas encore complet: en cas de complication il reste encore à s'assurer que la dent dont on a reconnu la lésion est bien celle qui a été l'origine des accidents. Il se peut, nous l'avons dit, que la même bouche renferme plusieurs dents à pulpe mortifiée et la première ouverte n'est pas toujours celle qui est en cause.

Le traitement d'une dent dans ces conditions reste évidemment inefficace, si la lésion est due à sa voisine ; bien plus, le traumatisme opératoire dans une région infectée et en état de moindre résistance peut être l'occasion de nouveaux accidents. Il est donc indiqué de rechercher la douleur à la percussion, la mobilité anormale de la dent, signes d'arthrite ; quelquefois même la crépitation dentaire ; dans les cas de fistule, l'exploration rétrogade du trajet au stylet conduit sur la racine responsable et surtout l'injection de liquide éclaire le diagnostic.

Le pronostic de la mortification pulpaire en elle-même est bénin. Cependant au point de vue de la dent, elle entraîne l'arrêt de la calcification : elle devient plus friable ; les réactions vitales contre l'infection et la défense contre la carie sont annihilées. Toutefois, au point de vue fonctionnel, elle conserve toute sa valeur, son implantation est d'une solidité qui ne laisse rien à désirer ; sa teinte est peu esthétique, mais le seul facteur important est la menace de complication.

Une dent atteinte de mortification pulpaire n'exige par elle-même aucun traitement, cependant ce sera faire la prophylaxie des complications que de débarrasser la chambre pulpaire des produits qu'elle renferme. Il y a intérêt à le faire surtout lorsqu'il s'agit de dents inférieures (fistules du menton). Cette opération a d'ailleurs pour corollaire le blanchiment de la dent lorsque sa teinte est altérée, ce qui permet d'obtenir en même temps qu'une sécurité pour l'avenir, un résultat esthétique immédiat.

L'intervention comprend trois temps : la trépanation de la couronne, qui doit se faire avec asepsie ; l'antisepsie de la cavité centrale de la dent que l'on a débarrassée des détritus pulpaires et c'est le temps le plus important, celui où il convient d'apporter tous ses soins, et enfin l'obturation. Elle doit être complète ; canal et chambre pulpaire seront remplis et enfin on reconstituera la brèche de la couronne par un bloc de porcelaine, ce qui est actuellement l'idéal au point de vue esthétique, ou par toute autre substance obtu-

ratrice. Au cours du ramonage de la cavité et si l'on veut obtenir le blanchiment de la dentine, l'emploi du perhydrol est indiqué.

Tel est le traitement de la dent à pulpe mortifiée ; mais le plus souvent à ce traitement doit s'ajouter celui des accidents qui ont amené le malade dans le cabinet du spécialiste. Souvent, ils cèderont à la trépanation de la dent. Les névralgies, adénites, fluxions et même les abcès guérissent bien par ce simple moyen. Quand il y a fistule, les injections modificatrices peuvent être poussées par l'orifice de trépanation et la guérison est rapide. Ce traitement simple par trépanation peut être insuffisant dans les cas anciens ; il existe alors un foyer apical qu'il faut curetter pour obtenir la cicatrisation. On peut dans ces cas pratiquer la résection de l'apex. Certaines complications, entre autres les kystes radiculaires volumineux, les sinusites, exigent un traitement particulier qui leur est appliqué en même temps qu'on s'occupe de la dent qui a été leur origine.

Parfois les accidents sont solennels et forcent la main du praticien, qui a recours à l'extraction ; c'est à elle aussi qu'on s'adresse quand les autres traitements ont échoué. Cependant on ne doit s'y résoudre qu'à la dernière extrémité et après avoir tout tenté pour obtenir la guérison avec conservation de la dent, d'autant plus qu'il s'agit dans la plupart des cas de celles dont le maintien sur l'arcade est important au triple point de vue de la mastication, de la phonation et de l'esthétique du visage.

CABINET DENTAIRE IDÉAL

Comme suite à l'article paru dans notre numéro du 30 juillet dernier, nous publions aujourd'hui le rapport sur la partie des travaux de la Commission intéressant la stérilisation du Cabinet.

Nous l'envisageons aux points de vue :

1° Chambre d'opération ; 2° opérateur ; 3° patient ; 4° instruments et meubles.

Asepsie du Cabinet.

Murs peints au ripolin et lavables.

Plafond peint à l'huile.

Parquet recouvert de linoléum incrusté ou uni, ton marron de préférence, les taches n'y laissant aucune trace ; collé sur thibaude, il évite le bruit et le bris des instruments.

Il sera entretenu à la cire ou lavé.

Plaques de propreté en verre et boutons d'os aux portes.

Plaque opaline sur la cheminée s'il y a lieu.

Lavabo. Bâti en fer peint au ripolin supportant un ou deux barillets en verre (contenance : 10 litres) ; le fond percé d'une tubulure en caoutchouc qui communique avec un robinet commandé par une pédale par barillet. L'eau tombe dans une cuvette en communication avec le seau de vidange.

Deux porte-savons ; deux porte-serviettes.

Ce lavabo peut être modifié en l'adaptant à des prises d'eau et vidange directes et en y ajoutant un chauffe-eau.

Il est laissé à l'initiative individuelle de donner une forme qui peut varier à l'infini au point de vue esthétique.

Opérateur.

Savonnage et brossage des mains au savon blanc de Marseille sans odeur, eau chaude, eau froide, brosses douces.

Solutions antiseptiques, savon blanc de Marseille antiseptique, solutions de cyanol, de sublimé, solution phéniquée.

Tenue de l'opérateur.

L'opérateur devra porter un veston blanc lavable à manches courtes.

Il ne doit pas porter de manchettes.

Il est bon d'avoir des lunettes contre les éclats de tartre qui pourraient sauter dans les yeux (Senn) ; des verres fumés pour faire les émaux ; enfin le professeur Webster (de Philadelphie) recommande vivement les verres violets pour les aurifications.

Le Patient.

Mettre du papier japonais sur la têtière ; mettre une serviette devant le patient.

On aura des petits carrés de mousseline qui serviront de serviettes intra-buccales dans les cas de nettoyages par exemple.

Meubles et Instruments.

Fauteuil recouvert en pégamoïd ou canné.

Crachoir simple ou à eau courante ; dans le crachoir ordinaire mettre une solution antiseptique.

Tablette lavée avec tampons hydrophiles imbibés d'alcool.

Tour { Grosse machinerie, Volant, Pédale } Entretien à l'huile de vaseline.

Pièce à mains, angle droit, à faire bouillir dans l'huile de vaseline.

On emploie l'huile de vaseline lourde pour les grosses pièces ; l'huile légère pour l'angle droit et les petits instruments.

L'angle droit, comme la pièce à main en métal, sont conservés dans des tubes en verre ayant à leur extrémité un coton imbibé d'huile de vaseline. La stérilisation sèche au trioxyméthylène peut être employée pour les instruments lorsqu'ils sont en ébonite.

Après chaque patient, les instruments ayant servi subiront un premier nettoyage à la brosse et à l'eau simple, puis seront bouillis ou mis à tremper une demi-heure au moins dans une solution antiseptique très puissante. Pendant l'opération les instruments seront sur un plateau émaillé ou de verre qui ira à son tour à l'ébullition ou à la désinfection avec les instruments qu'il contient.

Les différents procédés de désinfection utilisables par le dentiste pour ses instruments sont :

1° Ebullition dans l'eau additionnée de carbonate de soude, borax, glycérine (Audy) ;

2° Etuve à formol ;

3° Chaleur sèche (Stérilisateur Poupinel) ;

4° Solution antiseptique forte.

Le flambage ne sera employé que pour désinfecter rapidement de instruments en cours d'opérations.

Fraises. Nettoyage à la brosse de chiendent. Entretien dans l'huile de vaseline phéniquée.

Sondes, tire-nerfs, etc. Entretien et ébullition dans l'huile de vaseline phéniquée.

Seringues. Ebullition des canules et des seringues.

Meules. Solution phéniquée 5 o/o suffisante.

Daviers. Plongés complètement dans l'eau bouillante.

Pour la Commission : Z. Eudlitz.

L'HYGIÈNE DENTAIRE A L'ÉCOLE

Rapport présenté par M. Jessen,
Professeur à l'Université de Strasbourg.

A la 9e assemblée générale de l'Alliance allemande pour les soins dentaires dans les écoles.

(*Avril 1908, Darmstadt.*)

Jusqu'aux environs de l'année 1885 l'hygiène dentaire avait été complètement négligée en Allemagne. Tandis que les prescriptions relatives à l'hygiène corporelle générale étaient suffisamment bien observées, la médecine traitait encore l'art dentaire en marâtre.

En 1884, les premiers instituts dentaires furent fondés à Leipzig et à Berlin et plus tard à Breslau. C'est ainsi que fut consacrée l'entrée de l'hygiène dentaire dans le domaine de l'hygiène populaire générale. Au cours des années, d'autres établissements furent créés, de sorte que nous possédons à peu près dans chaque université un institut dentaire. Il est vrai de dire que la plupart furent créés par l'initiative privée et ne jouissent pas encore dans une mesure suffisante de l'appui de l'Etat.

Le mouvement que nous avions créé ne prit pas encore un grand essor lors de l'ouverture de ces instituts, qui devaient naturellement poursuivre un but plutôt scientifique et servir à l'instruction de la jeunesse studieuse. C'est pourquoi l'importance de l'hygiène dentaire pour la santé générale du peuple n'était pas reconnue dans la mesure nécessaire. Toutefois la première semence était jetée par le fait qu'on traitait dans les cliniques universitaires les patients indigents.

Vers 1890, M. le Dr Röse, privat-docent à Fribourg en Brisgau, commença à examiner les écoliers et les soldats afin de démontrer à quel point la carie dentaire était répandue dans le public. Par les travaux qu'il publia, il rendit

les cercles dirigeants attentifs aux dangers que cette maladie faisait courir à la santé publique. Ses efforts rencontrèrent bientôt des imitateurs parmi nos confrères.

Un autre pas en avant dans le développement de cette question fut fait grâce à la fondation de la policlinique universitaire de Strasbourg, dans laquelle on ne se bornait pas aux pratiques des examens, mais dans laquelle on considérait comme but principal le traitement et le traitement graduel des dents des élèves des écoles publiques et des soldats.

Ce fut là l'origine de la première clinique dentaire municipale qui commença à fonctionner en 1902 et se développa lentement en tenant compte des exigences croissantes.

En décembre de la même année fut ouverte à Darmstadt la clinique scolaire de l'Association des dentistes hessois sous la direction du président de celle-ci, M. Köhler. Le *Zahnärztliche Verein für Niedersachsen* à Hanovre avait déjà fondé une clinique scolaire populaire dans laquelle étaient traités les élèves des écoles. Les années suivantes, d'autres villes entrèrent dans le mouvement, fondant, aux frais des communes, des cliniques dentaires scolaires.

Jusqu'à ce moment, trente-trois villes d'Allemagne faisaient donner des soins dentaires aux écoliers. C'est grâce à ce mouvement, ainsi qu'à la distribution libérale de brochures relatives à l'hygiène dentaire, que non seulement les autorités et les classes cultivées commencent à attribuer une importance toujours plus grande aux soins à donner aux dents, mais encore toute une partie du peuple lui-même.

C'est ainsi que s'est répandue la connaissance de l'extension effrayante des maladies des dents et notre première thèse ne rencontrera maintenant plus guère de contradiction.

I. — Il a été prouvé par l'examen des dents de 157.361 écoliers qu'en moyenne 90 o/o des enfants ont des dents malades. Si je compare avec ces données mes propres observations, je constate que nos premières recherches établissaient

que sur 10.000 enfants il n'y en avait que 4,3 et qui eussent des dents saines. Le reste, soit 95,7 o/o, présentait un total de 103.456 dents cariées.

Il est inutile d'insister sur l'influence néfaste qu'un tel état de choses exerce sur le développement corporel et intellectuel de l'enfant. Les brochures, les conférences, les circulaires officielles ont attiré et attirent toujours encore l'attention du public sur le fait que la bouche est la porte d'entrée de nombreuses maladies.

Les examens pratiqués dans les écoles enfantines de Strasbourg démontrent que ces ravages commencent déjà dans l'âge le plus tendre. Notre ville possède trente-deux de ces écoles qui furent autrefois instituées par les Français et furent conservées après 1870.

Ces écoles enfantines furent fréquentées l'année passée par 4.371 filles et garçons âgés de 5 à 6 ans. Sur ce nombre, 2.269 furent examinés.

Le résultat fut le suivant : 9.427 dents malades, dont 1.655 étaient entièrement détruites. Comme point de comparaison, 2.103 enfants de la classe d'âge suivante (de 6 à 8 ans) furent examinés. On trouve déjà 11.701 dents malades, dont 3.392 étaient déjà complètement détruites. Par conséquent parmi les tout petits enfants il n'y en avait que 16 o/o et parmi leurs aînés que 7 o/o qui avaient une denture saine. Parmi les plus petits 84 o/o et parmi les plus grands 93 o/o étaient malades. Cet accroissement énorme de la fréquence qui résulte de la transmission connue des maladies des dents, à moins qu'on ne lui oppose des barrières, marche toujours plus vite. Le remplacement des dents qui s'effectue de 7 à 12 ans n'a même pas le pouvoir d'arrêter cette progression, car à peine les dents permanentes ont-elles fait éruption qu'elles sont attaquées par les dents de lait restantes. Le résultat final à la sortie de l'école est, ensuite, pour beaucoup d'enfants, une bouche tout à fait malade.

Nous ne pouvons plus alors observer le développement des maladies des dents que dans le sexe masculin lors du recrutement.

Malheureusement je n'ai pas à ma disposition les données statistiques nécessaires. Je dois donc me borner à donner les résultats des examens pratiqués sur des soldats en service. Il fut procédé par différents dentistes à l'inspection de 10.148 hommes, sur lesquels 578 seulement, donc 6 o/o, avaient une denture irréprochable.

Si l'on réfléchit que les soldats représentent déjà une fraction de l'humanité spécialement choisie comme la plus saine, il est évident qu'il faudra encore réduire ce pourcentage si l'on englobe aussi les jeunes gens impropres au service.

Il est inutile de dire qu'un tel état de choses est extrêmement préjudiciable à l'école et à l'armée d'autant plus, et je reviendrai plus tard sur ce point, que la carie dentaire favorise dans une très large mesure la propagation des maladies.

La lutte contre les maladies des dents pour le bien de l'école et de l'armée est donc pour les autorités une nécessité inéluctable.

II. — C'est à l'école que doivent être jetées les bases de toute l'œuvre. C'est donc le devoir des communes de créer d'une manière pratique, avec l'aide des autorités scolaires, des services dentaires dans les écoles. Les écoles publiques étant seules soumises à l'autorité municipale, c'est donc à cette porte-là qu'il faut frapper en première ligne et c'est ce qui est possible sans imposer aux communes de trop lourdes prestations.

Les expériences faites à Strasbourg nous fournissent quelques données utiles, bien que des circonstances spéciales aient dans cette ville considérablement diminué les frais. Pendant l'année 1908, la dépense à Strasbourg fut de 10.000 marks pour 19.000 enfants. Nous avons pu établir que toute ville un peu grande doit dépenser par année un mark par enfant. C'est là une indication absolument maxima, et en satisfaisant à toutes les exigences d'un service complet.

Au commencement, à part les frais d'installation de la

clinique, qui sont faits une fois pour toutes, les dépenses seront naturellement moindres. On ne pourra pas, au commencement, mettre à exécution la totalité des dispositions prises, car il faudra d'abord convertir les enfants et leurs parents à l'idée de la clinique.

III. — C'est le maître d'école qui doit être l'initiateur et qui, dans les heures d'écoles appropriées devra attirer l'attention des enfants sur l'importance de la santé de la bouche et des dents pour le corps entier. Le maître devra se mettre au courant de la question par son travail personnel ou déjà lors de son stage à l'école normale. Un très grand nombre de brochures sont à sa disposition dans ce but.

Pour l'instruction des enfants, il existe déjà des tableaux muraux appropriés. On devrait en trouver au moins un dans chaque école. C'est du reste ce que prescrivent les décisions des autorités (par exemple pour la Prusse le décret du ministère de l'Intérieur du 31 janvier de cette année), qui exigent que l'on fournisse aux enfants un enseignement par l'image de la structure et du fonctionnement du corps humain.

Mais cette instruction à elle seule, qui est déjà du reste obligatoire dans certaines écoles, ne suffit cependant pas encore, ainsi que l'expérience le démontre. Le but final doit être de faire donner par l'école des soins dentaires, et cela aux frais de la commune pour les indigents, ainsi que cela se fait du reste dans beaucoup de pays.

IV. — Comment atteindra-t-on ce résultat? Par des efforts simultanés des Administrations communales, des autorités scolaires, des maîtres d'écoles, des médecins et des dentistes scolaires. Ce n'est que par un travail systématique en commun que l'on pourra arriver à un résultat. Dans les grandes villes, on créera des cliniques dentaires scolaires ; dans les petites villes, nous devrons désigner des dentistes scolaires qui ne devront pas tout leur temps à leurs fonctions. Les circonscriptions de la campagne se grouperont et désigneront à poste fixe un dentiste scolaire en constituant,

ainsi que cela a été déjà proposé plusieurs fois, une clinique dentaire scolaire « volante ».

V. — Si cette idée paraît inacceptable au premier moment, sa mise à exécution n'est cependant que l'adaptation aux circonstances spéciales qui se rencontrent à la campagne de la clinique dentaire scolaire, dont le centre d'organisation se trouvera dans ce cas dans le chef-lieu de la circonscription.

Pour les petites villes, il sera facile de trouver partout des locaux appropriés pouvant servir de cabinet dentaire et qui pourront être mis à la disposition du dentiste de sorte que, ici aussi, quoique dans une mesure plus restreinte, il existera une clinique dentaire scolaire, car un traitement systématique des enfants n'est possible que par une telle organisation, qui peut exercer une surveillance sur les enfants dès leur entrée à l'école jusqu'à leur sortie.

Pour des villes peu importantes, il suffit d'une seule clinique dentaire scolaire. Pour les grandes villes, il faut une clinique principale avec des succursales.

VI. — Mais la fondation seule de la clinique n'est pas tout, il faut en faire sentir la nécessité au maître d'école, aux enfants et aux parents. C'est ainsi que des institutions sociales de bienfaisance d'un genre analogue devront apporter leur appui. Les expériences faites à Strasbourg ont conduit à ne permettre l'admission aux colonies de vacances qu'aux enfants munis d'un certificat de la clinique déclarant que leur bouche est en bon état ou qu'elle est en cours de traitement. Les 4.000 enfants qui fréquentent nos écoles enfantines, nos crèches, nos jardins d'enfants, ne sont pas admis dans ces institutions sans avoir reçu des soins dentaires.

Il en est de même pour les maisons de refuge, d'éducation, les orphelinats et autres institutions analogues.

Des investigations scientifiques dentaires prouvent également que ces prescriptions sont nécessaires dans les écoles spéciales pour les enfants arriérés.

VII. — Les recherches scientifiques du professeur Miller

de Berlin, récemment décédé aux Etats-Unis, et dont la perte est irréparable, ont établi que la bouche est peuplée par d'innombrables micro-organismes, parmi lesquels il en est beaucoup qui provoquent des maladies contagieuses, entre autres la tuberculose.

Les maladies infectieuses ne pénètrent pas seulement dans l'organisme par la voie de la bouche, mais encore elles sont transmises à d'autres personnes. Pour en empêcher la propagation, la santé de la bouche est indispensable en tout premier lieu.

Ainsi que je crois l'avoir démontré, on ne pourra, en ce qui concerne les masses, atteindre ce but que par les soins dentaires donnés à l'école, c'est-à-dire par la création de cliniques dentaires scolaires dont la signification à ce point de vue devient primordiale.

VIII. — La création de cliniques dentaires scolaires n'est par conséquent qu'une affaire de temps. De nombreuses villes en possèdent déjà ou sont en train d'en instituer.

Ce fait prouve déjà par lui-même le succès de nos efforts. Il se trouve confirmé par les expériences faites à Strasbourg.

Si nous ne pouvons pas, vu la nouveauté de ces créations, prouver par des chiffres quel sera, dans leur vie future, le résultat éloigné du traitement donné aux enfants dans le plus jeune âge, nous pouvons cependant déjà constater les effets heureux sur les jeunes patients traités actuellement.

Les observations faites par les maîtres d'école sur les enfants traités sont probantes en ce qui concerne les résultats acquis au point de vue de l'enseignement. Sur l'ordre des autorités scolaires municipales, les maîtres et maîtresses ont dû déposer des rapports écrits sur ces observations. M. Motz, inspecteur scolaire de district, en résume la substance dans les lignes suivantes :

« L'école et la clinique dentaire scolaire ont apporté aux » parents, aux enfants et aux maîtres d'école une meilleure » compréhension de l'importance des soins dentaires et » amélioré les forces physiques et intellectuelles des éco-

» liers en même temps qu'elles permettaient de consacrer » plus de temps à l'étude. »

Lorsque ces observations auront été confirmées par les résultats obtenus dans d'autres villes, le succès général sera acquis de lui-même.

Après la lecture de ce rapport et pour compléter les indications que je viens de donner, je me permettrai de retenir votre attention pendant quelques minutes encore pour faire passer sous vos yeux une série de projections qui montreront de quelle manière on peut, dans la pratique, faire comprendre l'importance des soins dentaires et comment le travail du dentiste doit rencontrer l'appui des membres du personnel enseignant.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Douleur consécutive à l'enlèvement des calculs dans la pyorrhée. — Pour atténuer la douleur qui accompagne le nettoyage, bourrer la cavité avec un tampon de coton saturé d'une solution de 1 o/o de cocaïne adrénaline qu'on y laisse 5 minutes. (*Amer. Dent. J.*)

Cuspides pour dents de bridge. — La couronne d'or étant sur l'articulateur, meuler les faces, les contre-plaques d'or ; après avoir limé les crampons à plus de la moitié en deux parties et avoir recourbé celles-ci solidement, brunir, cirer les faces en position, en formant les cuspides, et tandis que la cire est encore molle amener les dents occlusales dans la cire dans la position de la morsure normale ; façonner les cuspides, investir dans trois parties de jaune d'ocre et deux parties de plâtre à modeler, chauffer suffisamment, couler la soudure à 18 ou 20 karats dans les cuspides. Quelques retouches avec une pierre de carborundum donnent des résultats satisfaisants et une pièce solide, sans espace entre la soudure et les cuspides estampés. Pour le polissage final, rien ne vaut mieux que l'électro-silicon. (*Dent. Gaz.*)

Thérapeutique de la pyorrhée. — Quand les poches sont profondes et l'accès difficile, bourrer préalablement la poche de gaze saturée d'acide sulfo-phénique ou d'acide sulfurique aromatique à 25 o/o qu'on laisse 24 heures ; alors la gencive sera débarrassée du collet de la dent où se trouve la poche, ce qui permet de voir exactement ce qu'il y a à faire et de nettoyer la racine sans grande douleur et sans dilacération des tissus.

Prise de l'articulation. — La plus grande difficulté en prenant l'articulation consiste à surmonter la tendance du patient à avancer la mandibule en la fermant et cela est particulièrement le cas si l'on se sert du mot *mordre* pour lui recommander de fermer la bouche d'une certaine manière. Ne pas employer ce mot et, à la place, conseiller au patient de relever la pointe de la langue et de la ramener en arrière aussi loin qu'il le peut. Il est bon de lui faire faire cela une fois ou deux avant de mettre en position les plaques d'essai dans la bouche, et après qu'elles sont en position. Cela fait, lui recommander de fermer les mâchoires. Ce mouvement en haut et en arrière suit la ligne médiane de la voûte de la cavité buccale, car on ne peut pas relever la pointe de la langue et la ramener en arrière le plus loin possible sans

cela ; de cette manière on évite la morsure latérale à droite ou à gauche. Ce procédé exige le fonctionnement de tous les muscles en rapport avec la langue directement ou indirectement — et ils sont nombreux — car ils semblent tous tenir à amener la mandibule dans sa relation normale avec le maxillaire, et ce faisant, ils semblent tous agir ensemble. *(Dental Practice.)*

Réparation des faces de porcelaine. — Le procédé suivant permet de remplacer les faces de porcelaine d'une manière très satisfaisante sans enlever le pont et sans incommoder le patient.

Choisir une dent de dimension et de nuance convenable pour remplacer celle qui est brisée; forer des trous au travers de la contre-plaque en or pour les crampons de la face ; rabattre les trous des deux côtés de l'arrière ; préparer la face pour qu'elle s'adapte exactement à l'arrière ; couper les crampons pour qu'ils soient légèrement plus longs que l'épaisseur de l'arrière ; fendre les crampons de la nouvelle face avec une scie mince à ruban à la moitié de la distance de l'épaisseur de l'arrière.

La face est alors prête à être mise en place en se servant d'un alliage qu'on introduit dans les trous ; on presse la face en position, en la tenant jusqu'à ce que l'opération soit achevée. Avec un petit instrument, étendre la fente, river, puis brunir l'alliage dans les trous. Quand celui-ci a suffisamment durci, meuler la surface linguale jusqu'à la forme originale ; on obtiendra ainsi une pièce légère et durable. *(Dent. Cosm.)*

Calmant de la dentine sensible. — Un mélange de menthol, de chloroforme et d'éther n'insensibilise pas complètement toute la dentine ; mais dans les grandes cavités où la dentine est très sensible, un petit tampon de coton saturé de ce liquide introduit après pose de la digue, facilite singulièrement l'enlèvement de la dentine. L'action de ce mélange dépend grandement de la volatilisation de l'éther et du chloroforme. A mesure que celle-ci se produit, la dent perd de sa chaleur et le menthol pénètre dans la dentine cariée. On ne peut enlever la carie sans douleur dans tous les cas ; il n'en est pas de même quand on a appliqué le mélange en question. *(Amer. Dent. J.)*

Traitement des bords cervicaux sensibles. — Si l'on mélange du bicarbonate de soude à de la poudre dentifrice, la sensibilité est atténuée, car cela donne à la salive son état normal. *(Dent. Regis.)*

Douleur consécutive à l'extraction. — L'extraction d'une dent abcédée est généralement suivie de douleur. En mettant du lysol non dilué dans l'alvéole, on atténue cette douleur immédiatement, on arrête aussi l'hémorragie et on aseptise l'alvéole. *(Dent. Era.)*

Glycérine et eau de roses. — On doit toujours avoir sous la main un flacon de glycérine dilué à 1/2 concentration avec de l'eau de roses pour en appliquer sur les lèvres des patients avant d'opérer, car on amoindrit ainsi toute tendance à la douleur. En enduisant du mélange les trous forés dans la digue on facilite le passage de celle-ci entre les

dents et c'est moins désagréable que le savon ou la vaseline. (*Dent. Review.*)

Mise en plâtre des couronnes et des bridges. — L'habitude de placer une pièce dans une masse de matière molle et branlante prenant point d'appui une surface inégale ou molle, comme le papier buvard ou le papier ordinaire, est une mauvaise pratique. Employer des boîtes d'une dimension convenable, depuis les boîtes à disque d'émeri jusqu'aux boîtes de grandes dimensions. Les remplir aux 2/3 de matière à investir, et on retient fermement alors, en suivant chaque ligne et chaque ouverture, le bridge ou la couronne. (*It. of inter.*)

Pose des couronnes et des bridges avec du ciment à la gutta-percha. — En se servant de ciment à la gutta-percha Evans pour poser les bridges, on peut l'enlever facilement et rapidement si cela est nécessaire, sans léser le support. Recommander au patient de revenir deux ou trois fois par an se faire examiner la bouche et, si l'on constate des symptômes d'infiltration, enlever le bridge et faire le nécessaire. (*It. of int.*)

Foulage et finissage des obturations au ciment. — Une obturation au ciment dans une cavité occluso-approximale doit avoir une large surface de contact avec les dents adjacentes. Fouler le ciment fortement contre la surface approximale de la dent adjacente et en finissant laisser un espace interdentaire au tiers cervical seulement. En renvoyant le patient passer de la soie floche dans l'espace cervical et la retirer latéralement quelques heures après. Les aliments ne seront pas refoulés contre la gencive pendant plusieurs années pourvu que le ciment soit malaxé au degré d'épaisseur voulu. (*Dent. Era.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations pratiques du 8 novembre.

Le dimanche 8 novembre a eu lieu, à l'Ecole dentaire dans la grande salle de dentisterie opératoire, une séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie.

Cette séance a obtenu le plus grand succès auprès des nombreux confrères qui avaient répondu à l'invitation de la Société.

I. — Anesthésie pulpaire et dentinaire par la novocaïne, par MM. Quintin et Pitot.

MM. Quintin et *Pitot* ont expérimenté sur un certain nombre de malades le mélange novocaïne suprarénine au point de vue de l'anesthésie de la pulpe.

Nous ne décrirons pas la méthode employée, M. Pitot lui-même lui ayant consacré un article (V. *Odontologie*, 15 août 1908, p. 108). Disons seulement que MM. Quintin et Pitot ont opéré avec un plein succès plusieurs dévitalisations, même dans les cas les plus difficiles. L'anesthésie a toujours été obtenue dans un laps de temps variant de deux à six minutes. Enfin ils ont expérimenté également la novocaïne dans l'anesthésie en vue de l'extraction. Là encore, l'association novocaïne suprarénine s'est montrée également efficace.

II. — Démonstration de l'emploi du condensateur intermaxillaire pour aurification, par M. Lucien Lemerle.

L'an dernier, M. Lemerle a présenté à la Société d'Odontologie (V. *Odontologie,* 30 juillet, p. 49), un condensateur intermaxillaire qu'il a imaginé. Cet instrument est destiné à emprunter au patient lui-même une partie de la force nécessaire à la condensation de l'or. L'instrument étant en place on fait entrer en action les muscles masticateurs du malade qui mord ainsi sur l'instrument et fait lui-même la condensation. Il y a là une force d'un effet appréciable ; M. Lemerle en a d'ailleurs fait la démonstration très probante : ayant fait faire par plusieurs assistants la condensation de l'or dans plusieurs cas et par les moyens habituellement usités, il fit voir que ces aurifications, d'apparence irréprochable, pouvaient grâce à son instrument subir encore un certain degré de condensation.

III. — Confection d'inlays en or, de dents a pivot, etc., au moyen de la force centrifuge, par M. Ferrand.

Le procédé de M. Ferrand tient à la fois de la fronde de Bardet et de l'appareil de Jamesons. Il consiste à fixer un petit moufle contenant le revêtement au mandrin d'un tour d'atelier, de façon que la rotation se fasse dans un plan vertical. Le tour est mis en marche dès que l'or est en fusion et celui-ci pénètre dans le creux du revêtement grâce à la force centrifuge.

M. Ferrand a montré de nombreux inlays et des dents contreplaquées à l'aide de son procédé qu'il a d'ailleurs expérimenté pour la coulée d'une couronne.

IV. — Démonstration d'un miroir dentaire électrique et d'un allumoir électrique pour bec Bunsen, par M. L. Legrand.

Ce sont des instruments très pratiques qu'a présentés M. Legrand.

Le miroir, facilement stérilisable, est peu volumineux et peut fonctionner sur 110 volts avec une simple lampe de dérivation.

Quant à l'allumoir, d'un mécanisme simple et ingénieux, il a sa place indiquée dans toutes les installations, sur la tablette et sur l'établi.

Nous donnerons prochainement la description et le *fac-similé* de ces intéressants instruments.

H. D.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

VINGT-NEUVIÈME SÉANCE ANNUELLE DE REOUVERTURE DES COURS

La vingt-neuvième séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le lundi 16 novembre à l'Ecole, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, sous la présidence de *M. P. Strauss,* sénateur, président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, assisté de *M. Rebeillard,* conseiller municipal de Paris, président de la quatrième commission (Enseignement).

Comme les années précédentes, la solennité s'est passée dans la grande salle de dentisterie opératoire, transformée pour la circonstance. Toutefois, cette salle présentait un aspect un peu différent, provenant de l'enlèvement de toutes les vitrines contenant les pièces du musée, transféré au premier étage dans les anciennes salles de bactériologie, et de leur remplacement par des armoires pour les élèves.

Sur l'estrade avaient pris place les membres du Conseil d'administration et du Corps enseignant et un certain nombre de notabilités du monde politique, médical et administratif, parmi lesquelles *M. G. Mesureur,* directeur de l'Assistance publique ; *M. Lamy,* inspecteur général de l'Instruction publique ; *M. Martin,* directeur de la Monnaie, etc.

S'étaient excusés par lettre :

MM. Henri Brisson, président de la Chambre des députés ; Mascuraud, Ranson, sénateurs de la Seine ; Groussier, député de la Seine ; Pierre Morel, Grébauval, conseillers municipaux ; Moine, chef du cabinet du préfet de police ; May, chef des services administratifs de l'enseignement à la Préfecture de la Seine ; Pinard, professeur à la Faculté de médecine ; Evelin, membre de l'Institut, inspecteur général de l'Instruction publique ; Fringnet, inspecteur d'académie ; colonel Bouchez, commandant la Légion de la Garde républicaine ; Ricoux, médecin-major de cette Légion ; Monod, médecin en chef du Val-de-Grâce ; Grimbert, professeur à l'Ecole de pharmacie et professeur à l'Ecole ; Marie, Ducuing, professeurs à l'Ecole ; Mahé, Cecconi, Eudlitz, Pélissier, Carré, membres du Corps enseignant ; Spaulding, Davenport, chirurgiens-dentistes.

Dans un discours très applaudi, le directeur de l'Ecole, M. *Godon,* a rappelé les services rendus par le dispensaire de l'Ecole, où 68.858 malades sont venus en 1907-1908 chercher tous les soins que com-

portent la dentisterie moderne ; il a formulé le désir de voir aboutir les projets de réforme sur l'enseignement dentaire qui sont à l'étude au ministère de l'Instruction publique et exprimé le souhait de voir au moins régner l'union dans le camp odontologique, s'il n'est pas possible d'espérer la paix du côté stomatologique.

M. Francis Jean, professeur à l'Ecole, dans une conférence très documentée, expose la valeur des études médicales appliquées à la chirurgie dentaire, et fait valoir l'importance et la nécessité des études techniques pour l'exercice de cette spécialité. Cette conférence, très écoutée, est un plaidoyer éloquent en faveur de la conservation de la profession de chirurgien-dentiste, malgré les critiques et les attaques de quelques ennemis nés.

Puis, *M. Strauss,* sénateur, a félicité l'Ecole des soins qu'elle donne aux pauvres de Paris, soins qu'il a été à même d'apprécier depuis que le dispensaire de l'Ecole est assimilé à ceux de l'Assistance publique, et il a assuré l'institution de sa constante bienveillance et de celle des pouvoirs publics. Il n'a pas ménagé ses éloges à cette œuvre philanthropique et mutuelle, éloges qui sont un puissant encouragement pour les administrateurs de la Société.

M. Rebeillard, qu'une extinction de voix avait mis dans l'impossibilité de prendre la parole, a chargé M. Strauss d'assurer également l'institution de la bienveillance du Conseil municipal de Paris, qui apprécie les services qu'elle rend à la population pauvre, si nombreuse.

M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a remercié, au nom de cette Administration et des pauvres dont elle s'occupe, l'Ecole dentaire de Paris des soins donnés à son Dispensaire aux malades qu'elle lui envoie. Il l'a assurée également de ses excellentes dispositions.

M. Godon procède alors à la remise de deux médailles d'or offertes, suivant l'usage, à deux professeurs de l'Ecole par le Conseil d'administration, M. Serres, chargé du cours de physique et de mécanique appliquées, et M. J. d'Argent, professeur de dentisterie opératoire.

La remise de chacune de ces médailles provoque des applaudissements prolongés.

M. Blatter, secrétaire général, fait connaître les nominations et mutations survenues dans le corps enseignant, les distinctions honorifiques accordées au corps enseignant et les récompenses obtenues à l'Exposition franco-britannique.

Il donne ensuite lecture du palmarès, puis il est procédé à la distribution des récompenses.

M. Godon remet une médaille commémorative de la soirée à M. Rebeillard, vice-président ; il prie MM. Strauss et Mesureur d'accepter, avec le titre de présidents d'honneur du Comité de patronage de l'Institution, une plaquette de la Mutualité, offerte par le Conseil de direction.

MM. Strauss et *Mesureur* remercient spirituellement et aimablement.

M. Lemaire, conservateur du musée, prononce une allocution pour exposer la création, l'organisation et l'installation du musée, qui sous sa direction et sa surveillance, a été, ainsi que nous le disions au début, transféré dans des salles du premier étage.

La séance est alors levée et il est procédé à l'inauguration de ces nouvelles salles, présentées par MM. Lemerle, ancien conservateur, et Lemaire. Cette nouvelle installation, qui fait le plus grand honneur à l'Ecole et à ceux qui l'ont conçue et dirigée, M. Lemaire notamment, mérite incontestablement les plus grands éloges. Les pièces nombreuses, variées, rares et précieuses qui constituent cette collection unique sont maintenant dans un cadre digne d'elles, qui les met en lumière et en valeur. Ce musée n'a non seulement rien à envier aux musées les plus riches et les plus complets de l'étranger, mais il est même supérieur à la plupart d'entre eux. L'Ecole dentaire de Paris peut s'en faire gloire et on ne saurait trop louer et remercier M. Lemaire de la peine qu'il a prise en cette circonstance, et de l'esprit d'ordre et de méthode qui le caractérise et qu'il a si judicieusement mis à profit pour cette installation.

Un buffet avait été préparé, et la soirée s'est terminée par des toasts portés par les invités à la prospérité de l'Institution.

Nos lecteurs trouveront plus loin les discours de MM. Godon, Strauss et Mesureur, la conférence de M. Francis Jean, l'allocution de M. Lemaire et le palmarès.

DISCOURS DE M. GODON

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,
Chers élèves,

Je vous souhaite à tous la bienvenue dans cette maison, au nom du Conseil d'administration.

Cette fête annuelle, à laquelle nous vous avons conviés, a souvent changé de caractère depuis plus d'un quart de siècle qu'elle a été instituée.

Mais, quels qu'aient été ce caractère et le lieu de la réunion, nous avons toujours eu le plaisir d'y retrouver les mêmes amis fidèles de l'Institution. Il est probable qu'ils

ont gardé de leurs premières visites un souvenir assez sympathique pour ne pas craindre de revenir chaque année nous entendre répéter les mêmes refrains odontologiques. Ils savent combien sont précieux pour nous leur présence, leurs encouragements et leurs félicitations.

C'est ainsi que M. Henri Brisson, président de la Chambre des députés, que nous avions invité à cette séance comme l'un de nos plus anciens présidents, disait hier encore à l'un de nous, en lui exprimant ses regrets de se trouver dans l'impossibilité de venir, qu'il conservait toujours toute sa sympathie à notre Institution et qu'il continuait à suivre avec le plus vif intérêt notre constante évolution.

C'est ainsi également que nous sommes heureux de revoir ici aujourd'hui M. le sénateur Strauss, qui présida déjà ces mêmes séances en 1898 et 1906 et assista depuis à presque toutes les autres. Il s'est fait le patron bienveillant de l'Institution, avec son ami M. G. Mesureur, le dévoué directeur de l'Assistance publique, qui, lui, les présida en 1886, en 1895 et en 1907. Nous les associons tous les deux dans un même sentiment d'affectueuse gratitude.

M. Paul Strauss a bien voulu nous faire une fois de plus le grand honneur d'accepter de présider cette réunion. Nous lui en adressons tous nos remerciements, ainsi qu'au distingué président de la quatrième Commission du Conseil municipal, M. Rebeillard, qui, en acceptant la vice-présidence, a consenti à l'assister. Il nous donne là une preuve nouvelle de la sympathie que nous ont si souvent témoignée le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine.

A tous les amis de cette Ecole qui ont répondu ce soir à notre appel nous disons merci.

L'œuvre à laquelle vous voulez bien continuer à vous intéresser est toujours de plus en plus prospère. Elle suit une évolution progressive en rapport avec son action professionnelle et scientifique, philanthropique et sociale, qui prouve son utilité et justifie nos efforts.

Les élèves qui viennent à notre Ecole sont de plus en plus nombreux. Il y en avait 350 l'année dernière, parmi

lesquels un certain nombre d'étrangers, et notre Commission d'enseignement s'est préoccupée d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de fixer une limite à l'admission, comme cela se fait dans plusieurs écoles supérieures.

Le nombre des malades suit la même progression. Il s'est élevé cette année à 68.000, ayant donné lieu à plus de 100.000 interventions de dentisterie complète, d'après notre compte moral de 1907-1908. Cela montre la confiance qu'ils ont dans le savoir technique de nos élèves qui sont les opérateurs bénévoles de notre dispensaire, sous la surveillance et avec les conseils des professeurs, chefs de clinique et démonstrateurs. On peut donc dire que ce double accroissement est la justification de la valeur de notre corps enseignant. Il fait honneur à notre enseignement, que nous développons et perfectionnons sans cesse. C'est ainsi que cette année on a pu dédoubler la clinique de chirurgie dentaire par la création de cliniques de dentisterie opératoire, destinées à compléter l'examen trop rapide des malades et les indications du traitement donnés à l'élève. On a créé un service d'antisepsie et d'instrumentation, et une école des démonstrateurs pour préparer par des conférences pédagogiques nos jeunes confrères à l'enseignement.

Chaque année apporte ses innovations; nous perfectionnons autant qu'il est possible nos procédés et nos méthodes.

Mais nous attendons toujours des pouvoirs publics quelques réformes bien nécessaires pour donner à nos études, à nos examens, et au diplôme d'Etat qui les sanctionne toute la valeur qu'ils doivent avoir pour constituer la réelle garantie qu'en attend le public, aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue technique pour l'honneur de nos écoles et le prestige de notre profession.

Nous ne cessons de les réclamer aux représentants des pouvoirs publics, qui invariablement nous en promettent chaque fois la réalisation comme très prochaine. Tous nos amis, en particulier MM. Strauss et Mesureur, qui s'en sont occupés cette année encore avec une persistance dont nous leur sommes très reconnaissants, peuvent vous confirmer ce

que j'avance ; peut-être pourront-ils vous dire que cette fois nous sommes bien prêts du but.

Vous savez que notre Groupement professionnel ne comprend pas seulement une école d'enseignement supérieur technique, un dispensaire dentaire gratuit, une société scientifique, un syndicat professionnel pour défendre les intérêts de ses membres, mais qu'il est aussi une société philanthropique qui s'est donné comme but principal de provoquer la création dans notre pays, pour toutes les catégories de la population, enfants, soldats, ouvriers, etc..., de services publics consacrés aux soins dentaires, qui constituent une des parties les plus utiles de l'hygiène publique.

Et par soins dentaires nous n'entendons pas ces soins d'urgence que l'on a si parcimonieusement donnés jusqu'à ce jour dans nos écoles, dans les hôpitaux, à l'armée. Par leurs caractères barbares et leur insuffisance, ils aboutissaient à la destruction graduelle du système dentaire, c'est-à-dire d'un organe essentiel pour ceux qui étaient obligés d'y avoir recours et, pour le praticien, à une réputation proverbiale de cruauté et de tromperie.

Nous entendons parler des soins dentaires complets en accord avec les progrès de la science moderne et tels que les chirurgiens-dentistes des villes les donnent à leur riche clientèle, tels que nous les donnons dans notre dispensaire aux pauvres de Paris et aux malades de l'assistance à domicile que l'Assistance publique a bien voulu nous confier. La formule de l'Ecole dentaire est *la dentisterie complète aux pauvres comme aux riches*. Or, cette conception de la dentisterie complète pour tous, opposée à la dentisterie d'urgence, n'existait ni en matière d'enseignement, ni en matière d'assistance publique, ni dans l'esprit, ni dans les programmes ou règlements des Administrations publiques. Cela aura été l'honneur de cette Association d'avoir adopté cette formule pour règle de conduite, d'en avoir sans cesse poursuivi l'application avec persévérance, avec ténacité dans l'enseignement comme dans l'assistance, et d'avoir réussi à la faire pénétrer d'une manière appréciable dans

l'un comme dans l'autre. En effet, si l'on examine les résultats de notre action, on verra combien nous avons progressé dans cette voie cette année.

Dans l'enseignement nous avons, à la suite du rapport du professeur Lannelonge, obtenu de l'Administration de l'Instruction publique des projets de décrets sur les études et les examens des chirurgiens-dentistes, projets dans lesquels on voit pour la première fois apparaître des questions qui s'inspirent vraiment de notre formule sur la dentisterie complète. Aussi notre société s'est-elle empressée d'en demander l'application la plus prochaine. Si, comme nous l'espérons, ces projets deviennent réalité, si ces décrets sont promulgués cette année, ils apporteront enfin, après la période transitoire nécessaire, une amélioration certaine à la situation actuelle en élevant le niveau des connaissances préliminaires, en portant à cinq ans la durée des études, en créant des examens annuels et en réformant le troisième examen dans le sens technique.

En hygiène les résultats de notre action ont été plus tangibles, comme vous le dira tout à l'heure M. le Président avec son éloquence habituelle, sa grande compétence et son indiscutable autorité en matière d'assistance.

Vous verrez qu'en ce qui concerne l'hygiène dentaire de l'enfance, comme celle des soldats, les Ministres de l'Instruction publique et de la Guerre, dans des circulaires envoyées cette année, ont adopté et mis en pratique les idées qui nous sont chères, la formule que nous préconisons et jusqu'à la fiche employée au Dispensaire de cette école. Ils ont créé des services d'inspection et de traitement qui vont enfin faire cesser dans les infirmeries militaires le régime de terreur dû à l'emploi de la clef de Garengeot.

Déjà, l'année dernière, l'excellent directeur de l'Assistance publique de Paris, en nous appelant à collaborer à son œuvre, avait fait profiter ses malades de l'assistance médicale à domicile des soins de notre dispensaire. Il a étendu cette mesure cette année aux malades du Sanatorium d'Angicourt et aux élèves de la nouvelle école d'infirmières

dont on admirait ces jours-ci la belle installation à la Salpétrière.

Ainsi, sous l'influence de notre action, les bienfaits de l'hygiène dentaire publique, en même temps que ceux de la dentisterie complète, sont étendus à une fraction importante de la population qui en était jusqu'alors privée et, par suite, le domaine du chirurgien-dentiste en a été accru d'autant.

Ces résultats n'ont pas été obtenus sans de grandes difficultés et nous avons rencontré bien des oppositions qu'il a fallu vaincre.

Nous disions au début que cette institution a des amis fidèles; j'aurais dû ajouter qu'elle a aussi des ennemis, mettons des adversaires. Déjà, à la séance de réouverture des cours en 1884, Paul Bert, qui nous présidait, disait qu'il y avait des gens qui avaient contre nous une dent plus longue que la défense d'éléphant que le roi d'Annam venait de nous offrir et que vous verrez tout à l'heure dans notre nouveau musée.

Les adversaires dont il parlait, ce sont les stomatologistes, qui prétendent que tous les chirurgiens-dentistes doivent faire des études médicales complètes, être tous, préalablement à leurs études techniques, munis du diplôme de docteur en médecine, et qu'ainsi notre œuvre est vaine. Paul Bert a répondu magistralement à cette prétention en montrant combien la profession de dentiste est spéciale, combien l'habileté technique y tient de place et que le doctorat en médecine ne pouvait être pour quelques dentistes qu'un titre scientifique complémentaire de leurs études spéciales, mais pas plus obligatoire que celui de pharmacien par exemple, que plusieurs d'entre eux possèdent et qui n'ajouterait rien à leur habileté technique.

Nous n'y reviendrons donc pas; les pouvoirs publics se sont depuis longtemps ralliés à cette manière de voir en créant le diplôme de chirurgien-dentiste en 1892 et cette année encore en décidant le maintien de ce diplôme, dont nos adversaires avaient réclamé la suppression et dont la valeur et le prestige augmentent d'année en année, de

sorte que les jeunes docteurs en médecine eux-mêmes qui embrassent notre spécialité s'imposent pour la plupart maintenant les études techniques des autres étudiants, les examens et le diplôme de chirurgien-dentiste qui les consacrent.

Il semblerait donc que nous puissions espérer voir enfin s'établir une entente entre les stomatologistes et les odontologistes, et voir régner la paix dans la famille professionnelle ; malheureusement il nous est né depuis d'autres adversaires en raison de nos succès.

Il y a les jaloux et les mécontents que peut faire involontairement notre administration, que nous nous efforçons pourtant de rendre aussi paternelle et aussi bienveillante que possible. Ces mécontents colorent leur antagonisme de prétendus intérêts professionnels qui peuvent impressionner quelques confrères à courtes vues.

Ils prétendent notamment que les écoles dentaires font du tort à la profession : 1° parce qu'elles forment trop de dentistes ; 2° parce qu'elles soignent trop de malades aisés.

Ces deux griefs n'ont pas plus de fondement au point de vue de l'intérêt professionnel qu'au point de vue de l'intérêt public.

En ce qui concerne le premier, il se trompe d'adresse ; c'est l'Etat, l'Université, la Faculté de médecine, par leurs examinateurs, qui font des chirurgiens-dentistes, mais non les écoles dentaires, et la preuve, c'est que, si demain les écoles dentaires libres étaient supprimées, il se présenterait le même nombre de candidats chirurgiens-dentistes, à la session suivante, devant les mêmes examinateurs ; seulement au lieu d'avoir fait leurs études dans nos écoles, ils les auraient faites, moins complètement, il est vrai, au point de vue technique au moins, dans les sections dentaires des quinze Universités que l'Etat aurait tout de suite ouvertes, comme il l'a fait déjà à Lille, à Nancy, et à Bordeaux, comme il a manifesté dernièrement encore l'intention de le faire pour les autres.

Le Parlement, heureusement, n'a jusqu'à présent pas

voulu laisser mettre cette intention à exécution à cause de l'existence de ces mêmes écoles dentaires libres qu'il a décidé de protéger, comme on s'en souvient, à la suite du rapport Bastid à la Commission du budget de 1894 et comme il vient de le faire encore dernièrement en votant la loi de reconnaissance d'utilité publique de l'une d'entre elles.

On ne voit donc pas bien ce que les dentistes gagneraient à la disparition des écoles sous le rapport de la pléthore professionnelle. On voit en revanche ce qu'ils y perdraient : d'abord la direction et le contrôle de leur enseignement qu'ils ont créé et qui passerait entièrement aux Universités de l'Etat aux dépens de l'enseignement technique qu'ils méconnaissent.

La suppression demandée par les mêmes confrères des bourses d'études accordées aux étudiants pauvres par le Conseil municipal de la ville de Paris, le Conseil général de la Seine, etc., ne paraît pas non plus un bien meilleur remède et dans tous les cas elle est parfaitement antidémocratique.

Quant au deuxième grief, il est tout aussi peu justifié.

La question, d'ailleurs n'est pas nouvelle ; elle a été posée à propos de toutes les œuvres philanthropiques et l'Assistance publique n'y a pas échappé relativement aux malades soignés dans les services hospitaliers.

Qu'il y ait eu, qu'il y ait encore quelques personnes indélicates réussissant à déjouer la surveillance exercée à ce sujet, c'est incontestable ; mais c'est une exception, et dans la pratique le service d'enquête à domicile organisé dans notre institution, comme il l'est à l'Assistance publique, assure la gratuité aux seuls nécessiteux.

On a dit encore... mais que de choses ne dit-on pas, et à quoi bon vouloir répondre à toutes les critiques ?

Il nous suffit de constater que tous, amis comme adversaires, sont obligés de reconnaître que ce Groupement professionnel est une société bien démocratique, où toutes les fonctions administratives sont données à l'élection, c'est-à-dire par la confiance des membres, où toutes les fonctions

dans le Corps enseignant sont données après concours, c'est-à-dire au mérite ; où les premières ne sont pas rétribuées, et où, parmi les secondes, celles qui le sont, le sont par une indemnité dérisoire. C'est donc bien une société philanthropique où tous les reliquats annuels, sur un budget global de 285.000 francs, sont intégralement employés au perfectionnement de l'institution ou versés au fonds de réserve.

Il nous a paru bon, une fois pour toutes, de répondre publiquement à ces critiques. Souhaitons que les attaques fâcheuses et injustes, violentes quelquefois, qui nous ont été adressées, ne se reproduisent plus et que l'union se refasse enfin dans la grande famille odontologique.

On disait récemment que les plus grands ennemis des dentistes étaient les dentistes eux-mêmes ; par leurs divisions et leurs luttes intestines ils risquent de s'aliéner bien des sympathies, de décourager des bonnes volontés. Faisons-les cesser, l'union est plus que nécessaire pour les progrès, pour la considération de la profession. Après avoir rétabli la paix un instant troublée dans cette institution, tous nos efforts tendront à la maintenir.

J'ai montré ce qu'a été l'action de notre Groupement ; vous avez vu que nous ne nous sommes pas agités en vain. J'aurais voulu vous montrer aussi l'influence qu'elle a exercée au point de vue scientifique sur l'évolution de l'odontologie par tous ceux qui sont sortis de cette école, et vous auriez vu qu'elle a été considérable dans les différentes branches de notre science ; que l'émulation pour le progrès est telle dans cette société que celle-ci donne l'impression d'une ruche en perpétuelle activité.

Mais je dois me borner et remettre ce côté de la question, si intéressant à traiter, à une autre occasion. Il me suffit de vous montrer que, dans une évolution professionnelle de plus 25 ans, nous avons assuré et nous continuons à assurer la transition nécessaire. Nous avons graduellement préparé les générations successives de chirurgiens-dentistes aux nouveaux droits que les législateurs leur ont conférés, sans qu'il en coûte rien à l'Etat.

Le professeur Verneuil disait en 1883 à la séance de réouverture qu'il serait heureux le jour où il verrait non seulement dans quelques villes de province en France, mais même à l'étranger beaucoup de chirurgiens-dentistes ayant au-dessous de leur nom ces quatre lettres D. E. D. P. montrant qu'ils sont sortis de l'Ecole dentaire de Paris.

Ce rêve est maintenant réalisé grâce à nous.

Nombreux sont les chirurgiens-dentistes sortis de cette école, des deux écoles de Paris et de celle de Lyon, toutes trois du reste reconnues d'utilité publique, qui, plus et mieux instruits que leurs prédécesseurs, animés d'une belle ardeur, travaillent au progrès de leur profession qu'ils aiment avec passion.

Nous avons vu ainsi se grouper autour de cette école une nouvelle phalange de jeunes confrères aussi dévoués à l'institution que leurs maîtres et prêts à remplacer ceux que l'âge, la maladie ou la mort, nous enlevait. Aussi, rassuré sur l'existence, la durée et l'avenir de cette Ecole qui nous est chère à tous, nous remercions tous ceux qui se dévouent à l'œuvre commune, et qui, par leurs efforts combinés et désintéressés, ont contribué ou contribuent à son succès. Vous serez d'avis avec moi, j'en suis sûr, qu'ils ont ainsi bien servi leur profession, l'intérêt public et leur pays,

Honneur à eux. (*Vifs applaudissements.*)

DISCOURS DE M. PAUL STRAUSS

Sénateur.

Si je tenais à me conformer au protocole des distributions de prix, je garderais volontiers le silence après l'exposé si substantiel, si lucide, de mon ami M. le Dr Godon, et après la conférence si intéressante, si instructive, si suggestive de M. Francis Jean.

Mais, puisque M. Godon nous a adressé à mon ami Mesureur et à moi un appel qui nous a rajeunis en nous remémorant les jours anciens où nous sommes venu ici

comme des amis de la première heure de cette Ecole, puisque le directeur de cette Ecole a bien voulu faire appel à notre témoignage, comme à celui de mon voisin, collègue et ami M. Rebeillard, je ne me déroberai pas et je dirai, nous dirons une fois de plus, tout le bien que je pense, que nous pensons de votre Groupement, de votre Ecole, de ce foyer de propagande, de philanthropie, d'association mutuelle qu'est votre Ecole.

M. Godon a fait tout à l'heure allusion très brièvement et très modestement à la part prépondérante qu'a prise l'Ecole dentaire de Paris dans les innovations qui sont sur le point d'être apportées au fonctionnement des services publics. Vous savez, et M. le directeur de l'Assistance publique, mon ami M. Mesureur, vous l'a dit à maintes reprises, M. Godon le rappelait aussi tout à l'heure, que l'Ecole dentaire a été rattachée à l'Assistance publique.

Le Groupement qui est ici fonctionne avec tant de désintéressement, tant de ténacité depuis un quart de siècle qu'il a entraîné l'Etat dans la voie des réformes nécessaires.

J'ai relu il y a quelques jours l'excellente circulaire de de M. Cheron, sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Guerre, et la si complète instruction de M. Gaston Doumergue, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

M. Godon n'a pas voulu entrer dans le détail de ces réformes, il l'aurait fait avec une autorité qui me manque. Mais je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de féliciter, de remercier M. Lamy, inspecteur général de l'enseignement, qui a été, je le sais, l'un des collaborateurs les plus précieux, les plus utiles de M. le Ministre de l'Instruction publique dans la voie qui s'ouvre pour l'art dentaire dans les écoles et pour la prévention scolaire.

En vérité nous sommes confus et humiliés lorsque nous songeons qu'à l'étranger tant de progrès ont été accomplis et qu'aujourd'hui seulement nous commençons à établir dans les écoles, dans les lycées et collèges, dans les ca-

sernes, dans tous les milieux collectifs cette hygiène dentaire sans laquelle les pires désastres sont à redouter.

Et quand on voit les difficultés qui s'opposent à la mise en œuvre de ces réformes on est plein d'admiration pour les initiateurs, les promoteurs de telles idées, pour les professeurs tels que M. Godon et ses collaborateurs et vous tous qui les entourez.

Je ne veux pas insister sur des considérations qui vous sont familières, ni dire une fois de plus, ce qui est oiseux, combien nous avons besoin de développer la médecine préventive à tous ses degrés : l'hygiène sociale, pour lui donner son nom le plus ample et le plus compréhensif.

Comment ! nous avons acquis la certitude que la plupart des maladies sont évitables et nous ne ferions pas tout le possible, tout le nécessaire, pour nous prémunir contre ces maladies évitables !

En ce qui concerne l'art dentaire, je me souviens d'avoir lu dans la revue de l'Ecole sous la signature de M. Lamy une observation qui m'a frappé. Il parlait du canton de l'hygiène dentaire dans le département de l'hygiène scolaire entière. En vérité on est un peu attristé en constatant qu'il a fallu des siècles, et tout au moins de nos jours un quart de siècle, pour déterminer un courant favorable, pour la mise au même niveau de toutes les branches de l'art de prévenir et de guérir les maladies. Il n'y a pas d'organes accessoires, subalternes, tout est nécessaire à la vie et à la sauvegarde de la santé, comme à la préservation et au maintien de la santé publique. Heureusement, grâce à vous, à vos initiatives et à votre propagande, grâce à l'exemple que vous avez donné, l'Etat a enfin introduit l'inspection dentaire dans les écoles et dans l'armée, aujourd'hui les foyers principaux d'éducation publique et civique.

Vous avez rendu de signalés services ; tout à l'heure vous rappeliez, mon cher directeur et ami, que 60.000 malades avaient reçu des soins gratuits, désintéressés dans cette maison. C'est le plus bel éloge qu'on puisse faire de

votre œuvre philanthropique, éducative, sociale et humanitaire. *(Applaudissements.)*

Je chercherais en vain à amonceler les adjectifs et les substantifs que je ne parviendrais pas encore à dire toute ma reconnaissance pour vos efforts et tout l'espoir que j'ai pour l'agrandissement de votre œuvre sociale.

Mon ami M. Rebeillard m'a chargé de l'associer à ces éloges et à ces remerciements : il est affligé — ce n'est pas une excuse, puisqu'il est venu ici courageusement — d'une laryngite naissante qui l'oblige à se taire. Nous en sommes navrés, car il aurait dit d'excellentes choses. Il aurait parlé avec son autorité de conseiller municipal et de président de la commission de l'enseignement.

J'espère que mon ami M. Mesureur voudra bien apporter, lui aussi, son témoignage à cette Ecole et remplacer M. Rebeillard et qu'il confirmera et complètera excellemment l'hommage que nous rendons tous à votre Ecole comme amis et comme témoins de la première heure des efforts que vous avez faits. Il vous dira les vœux que nous formons pour que les pouvoirs publics rendent toute justice à votre profession en donnant à votre Ecole tous les moyens, tous les instruments dont elle a besoin pour former de parfaits chirurgiens-dentistes et pour rendre des services grandissants à l'hygiène dentaire, c'est-à-dire à l'hygiène sociale et à l'humanité. *(Applaudissements.)*

ALLOCUTION DE M. G. MESUREUR,

Directeur de l'Assistance publique.

Je prends la parole pour obéir à l'ordre qui m'est donné par votre président, mais je n'ai pas l'intention d'en abuser, car je ne dois pas oublier le rôle qui m'est dévolu aux fêtes de l'Ecole dentaire : je fais les remplacements des hommes illustres qui ne viennent pas vous présider... *(Applaudissements et rires.)* Mais ce soir votre président n'a pas manqué à sa parole et comme M. Paul Strauss est là, il me

semble que mon rôle est très limité. Il serait fini en effet si je n'avais pas à remercier, comme directeur de l'Assistance publique, les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique, au nom des pauvres qui viennent s'y faire soigner.

Vous êtes devenus nos collaborateurs de tous les jours et à ce titre je vous exprime toute notre reconnaissance.

Ce n'est pas, croyez-le bien, sans difficulté que j'ai pu assimiler vos Ecoles dentaires aux dispensaires de l'Assistance publique et que j'ai cherché à étendre votre art, vos soins, tout le bien que vous pouvez donner à ceux qui souffrent ; ce n'est pas sans difficulté que j'essaie de l'étendre encore pour en faire profiter de nouvelles catégories de malheureux et de déshérités. Je me heurte parfois à des préjugés, à des traditions, et il apparaît que dans cette vieille Administration, dans cette organisation si belle par certains côtés, il y a des monopoles auxquels il n'est pas permis de toucher.

J'estime que la science grandissante, que votre action incessamment étendue, modifieront un jour cet état de choses, non pas que nous voulions porter atteinte à aucun droit, mais parce qu'on comprendra qu'il y a place pour tout le monde et qu'il y a assez de gens qui ont mal aux dents pour qu'il n'y ait jamais trop de dentistes pour les soigner. *(Rires et applaudissements.)* Du reste, si j'en crois ce que l'on dit, il n'y aura plus bientôt de dentistes dans les hôpitaux ; à côté des ophtalmologistes, des oto-rhino-laryngologistes, nous aurons des stomatologistes, de sorte que cet affreux mot de *dentiste* aura disparu de notre annuaire et que nous pourrons peut-être en toute liberté nous adresser à des dentistes pour soigner des dents.

Que ceci, messieurs, ne nous empêche pas, chacun de notre côté, de faire notre devoir ; pour ma part, je veux vous envoyer beaucoup de malheureux pour que vous les soigniez bien et que vous acquériez ainsi plus de science pour soigner plus tard votre clientèle. C'est par cette association de tous les efforts qu'on réalisera des progrès certains, et c'est parce que M. Paul Strauss est convaincu comme moi que c'est en encourageant des initiatives fécondes comme celles

de vos Ecoles dentaires qu'on atteindra ce but, que je suis venu ce soir m'associer à lui et à mon ami, M. Rebeillard.

Mon concours ne vous fera jamais défaut, et mon ambition est de pouvoir considérer vos Ecoles comme des Ecoles nous appartenant, comme des instruments dont nous avons la libre disposition pour le plus grand bien des malheureux. *(Applaudissements.)*

Nous avons l'habitude d'offrir aux présidents de cette séance, afin qu'ils conservent le souvenir de la visite qu'ils nous ont faite, une médaille de bronze sur laquelle est gravée la date de la réunion.

Nous prions donc M. Rebeillard, qui nous a fait l'honneur de venir la vice présider pour la première fois, et j'espère que ce ne sera pas la dernière, d'accepter, au nom du Conseil d'administration, ce modeste souvenir, ainsi que le titre de membre de notre comité de patronage. *(Applaudissements.)*

Quant à notre président, M. le sénateur Strauss, ce serait la troisième médaille de bronze que nous lui offririons, comme à M. Mesureur du reste. Aussi mes collègues du Conseil d'administration et moi, profondément reconnaissants des marques d'intérêt, de bienveillance et de sympathie, nombreuses et répétées, qu'ils n'ont cessé de donner à notre Institution depuis près de 20 ans, sous toutes les formes, les prient-ils de vouloir bien accepter, avec le titre de présidents d'honneur de notre comité de patronage, cette petite plaquette de la mutualité, que M. le directeur de la Monnaie, M. Martin, qui est, lui aussi, un des anciens amis de la maison, a bien voulu choisir pour nous dans ses collections.

Elle leur rappellera que cette Institution est aussi une école de mutualité et de solidarité qui garde de leurs précieuses opérations un souvenir ému et plein de gratitude. *(Vifs applaudissements.)*

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Des concours pour les postes suivants auront lieu à l'Ecole dentaire de Paris dans la seconde quinzaine de février 1909 :

Deux professeurs suppléants de clinique de chirurgie dentaire.
Un professeur suppléant de clinique de prothèse.
Deux chefs de clinique de chirurgie dentaire.
Deux — — dentisterie opératoire
Un — — d'orthodontie.

*
* *

Le Conseil de direction a décidé également l'ouverture d'un concours pour un poste de professeur suppléant du cours théorique de prothèse dentaire et d'orthodontie.

Société odontologique espagnole.

Notre confrère, M. Luis Subirana, a fait le 17 janvier, à Madrid, à la Société odontologique espagnole, présidée ce jour-là par le sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur, une communication biographique sur Horace Wells, qu'il a renouvelée le 21 à la Société scientifique et littéraire l'*Atenea*, de Madrid.

Dans cette conférence, dont nous avons publié un résumé dans notre dernier numéro et à laquelle assistaient un grand nombre de médecins et de dentistes, l'auteur a exposé l'histoire de la découverte de l'anesthésie et retracé à grands traits la vie d'Horace Wells et le rôle qu'il a joué.

Pour honorer la mémoire de ce savant et provoquer en Europe un mouvement de reconnaissance pour les services qu'il a rendus à la science, à l'art dentaire et à l'humanité, il a proposé l'envoi d'une couronne à Hartford (Connecticut, Etats-Unis), lieu de sépulture de Horace Wells.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

L'assemblée générale annuelle aura lieu le mardi 8 décemb.e, à 8 h. 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Procès-verbal ;

3° Rapport du secrétaire général ;

4° Rapport du trésorier ;

5° Ratification de la nomination d'un membre du Conseil (M. Miégeville) nommé en remplacement d'un membre démissionnaire (M. Loup), élu pour deux ans (art. 3 des statuts).

6° Election de dix membres du Conseil sortants ;

7° Propositions diverses.

Membres sortants : MM. Desforges, Eudlitz, Francis Jean, Godon, Jeay, L. Lemerle, G. Lemerle, Touchard, Touvet-Fonton, G. Viau.

Le vote aura lieu à 10 heures précises.

Nomination.

Par arrêté grand-ducal en date du 23 octobre dernier, M. Aloyse Decker, D. E. D. P., dentiste à Luxembourg, a été nommé membre suppléant du Collège médical en remplacement de M. J.-Fr. Weber, décédé.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Fromentin avec Mlle Marthe Babelon, qui sera célébré le 1er décembre.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Deuxième Congrès dentaire australien.

Le deuxième Congrès dentaire australien aura lieu à Melbourne du 25 octobre au 30 octobre 1909. Il comprendra des sections de sciences pures et de sciences appliquées, des communications orales et des démonstrations cliniques ; ces dernières auront lieu à l'hôpital

dentaire de la ville. La séance d'ouverture se tiendra à l'Université de Melbourne.

Nominations.

Par décision du 26 octobre 1908 le recteur de l'Académie de Paris a nommé notre rédacteur en chef M. Maurice Roy, dentiste inspecteur du service dentaire à l'Ecole normale d'instituteurs de la Seine.

M. Desforges, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé dentiste traitant du même établissement [1].

Concours frauduleux.

Le Parquet de la Seine vient de découvrir l'existence d'une véritable association qui s'est formée pour venir en aide aux candidats désireux de posséder le diplôme de chirurgien-dentiste et peu enthousiastes de courir les risques de l'examen. Ces candidats trouvaient parmi les membres de cette association d'obligeantes personnes qui, empruntant pour un jour leur état civil, s'acquittaient à leur place des formalités de l'examen. Sur maudat de M. le juge d'instruction Leydet, M. Charles Souverain, qu'on suppose être à la tête de cette association occulte, a été mis en état d'arrestation.

Société Coopérative des dentistes de France.

Nous apprenons avec plaisir que la Société Coopérative des Dentistes vient d'obtenir une nouvelle Médaille d'or à l'Exposition Franco-Britannique de Londres (classe 103. Economie sociale, Sociétés coopératives).

Le problème de l'acide urique dans ses rapports avec les inflammations péricémentaires.

ERRATUM.

En traduisant cet article qui a paru, avec la discussion à laquelle

1. Nous serions reconnaissants aux confrères nommés récemment dans ces conditions, conformément à la circulaire du Ministre de l'Instruction publique, de nous le faire connaître.

il a donné lieu, dans les nos des 15 et 30 octobre et 15 novembre 1908, une erreur s'est glissée p. 300, avant-dernière ligne, où l'on peut lire ceci :

« Prendre comme première mesure l'ouverture *(splinting)* des dents atteintes. »

Le mot *splinting* veut dire *mettre une attelle, consolider,* et c'est ainsi du reste qu'il a été traduit dans tout le reste de l'article et dans la discussion ; c'est par mégarde que la correction n'a pas été faite dans la phrase ci-dessus, qui doit être rétablie ainsi :

« *Prendre comme première mesure la pose d'une attelle (splinting) sur les dents atteintes.* »

N. D. L. R.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

9me Liste.

N° 132. — On demande très bon mécanicien dans ville de l'ouest.

N° 133. — On demande bon opérateur pour gérer cabinet, province nord-ouest.

N° 134. — On demande opérateur à Orléans pour remplacement.

N° 136. — Cabinet à céder, ville de l'ouest. — Prix 3.000 francs et 10 o/o sur affaires pendant 3 ans.

N° 137. — On demande opérateur pour petit cabinet Paris Clichy.

Nota. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

28e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES CINQ MOUVEMENTS APPLICABLES A LA MOBILISATION DES DENTS EN ORTHODONTIE

Par BERTRAND DE NÉVREZÉ,

Ancien interne des Asiles de Paris,
Ancien élève des Ecoles dentaires de Paris, de Chicago et de Philadelphie.

Cette étude comprend cinq chapitres :

1° L'extrusion ;
2° L'intrusion ;
3° L'inclinaison ;
4° La mobilisation en masse (ou parallèle à l'axe) ;
5° La rotation.

Ce sont les mouvements primaires ou cardinaux. L'association de deux ou plusieurs de ces mouvements donne des mouvements composés extrêmement usuels.

I. — L'EXTRUSION.

L'extrusion est un mouvement provoqué : 1° *de la dent;* 2° *de son ligament;* 3° *de son alvéole* dans le sens de son axe, de l'apex vers la couronne.

Ce mouvement est accompagné de modifications du ligament et de l'alvéole qui déterminent la formation probable d'une néarthrose au niveau de l'articulation alvéolo-dentaire en cause.

C'est l'élongation de la dent des auteurs français.

Si je préfère le terme anglais *extrusion*, c'est qu'il ne donne pas l'impression d'une erreur. Car il n'y a pas élongation de la dent, il y a élongation du procès alvéolaire tout entier par l'intermédiaire des fibres élastiques de l'articulation.

Après l'opération, la face triturante de la dent se trouve bien dans un plan différent du plan occlusal primitif, mais la dent conserve vis-à-vis de son alvéole des rapports identiques puisque seul l'alvéole osseux se modifie, et non pas les rapports de la dent avec l'alvéole qui suit et vient avec la dent. Nous étudierons plus complètement la physiologie pathologique dans un des trois chapitres suivants :

a) Physiologie pathologique.

b) Mécanisme de l'extrusion thérapeutique.

c) Applications orthopédiques de l'extrusion.

A) Physiologie pathologique.

Lorsqu'on veut étudier les modifications qui se produisent dans l'articulation alvéolo-dentaire, au moment de l'extrusion, on est surpris de ne trouver aucun travail sur ce sujet.

En vérité, il paraît assez malaisé de faire l'anatomie pathologique de ce mouvement sur l'animal et force nous est de recourir à d'autres procédés. La clinique, en effet, nous renseigne chaque jour à ce sujet et il n'est pas de praticien qui n'observe quotidiennement des cas d'extrusion.

De même que la pathologie cérébrale a *plus* fait pour la découverte et la localisation des centres cérébraux que le scapel de l'anatomiste; de même la pathologie dentaire nous renseignera sur les modifications qui surviennent pendant et après l'extrusion d'une dent mieux qu'aucune étude physiologique sur des dents d'animal.

Mais, avant d'aborder directement le sujet, nous insisterons particulièrement sur les formes cliniques de l'extrusion et nous distinguerons, pour en faciliter l'étude, deux formes anatomiques distinctes :

1° L'extrusion complète ou *extrusion juvénile ;*

2° L'extrusion incomplète ou partielle ou *extrusion sénile.*

a) Extrusion complète ou juvénile.

Dans ces cas où l'équilibre de l'occlusion des dents est rompu par suite d'extraction *à un âge où les os sont assez malléables,* les dents d'un maxillaire subissent presque toujours l'extrusion pathologique quand les dents directement antagonistes manquent. Dès lors, au bout d'un temps plus ou moins long, les dents en question atteignent le plan résistant de la gencive opposée.

A ce moment et si l'on examine de près, *toujours sur un jeune maxillaire,* on observe que l'alvéole a subi, lui aussi, des modifications, qu'il s'est allongé, étiré, par l'intermédiaire des fibres articulaires.

On voit nettement que la dent n'est pas sortie de son alvéole le moins du monde et que le rapport de la dent vis-à-vis de son alvéole est absolument le même que celui des dents normales voisines. Ainsi, d'accord avec les données de la pathologie dentaire, si l'on veut figurer schématiquement les phénomènes qui se produisent dans l'opération de l'extrusion des jeunes, on voit qu'on peut les grouper suivant trois stades très nets (fig. 1).

1° *Période de début.* — Elle est caractérisée par l'allongement des fibres élastiques de l'articulation sans aucune modification osseuse probable appréciable (Stade I, fig. 1).

Au point de vue objectif, elle se manifeste par une sortie partielle de la couronne hors de la gencive.

2° *Période d'état, au moment de la rétention.* — Elle est caractérisée par le retour à l'état d'équilibre des fibres élastiques de l'articulation, les fibres reviennent sur elles-mêmes à cause du maintien de la couronne dans sa position nouvelle (Stade II, fig. 1).

Ce retour se fait évidemment aux dépens de l'insertion des fibres sur l'alvéole et non pas aux dépens de celles qui s'insèrent sur le cément, puisque la dent est retenue dans sa position nouvelle, et c'est l'os lui-même qui est attiré par les

fibres élastiques. Il y a néoformation osseuse sur tout le pourtour de l'alvéole *qui suit la dent* ;

3° *Période de consolidation.* — La dent est maintenue. Les fibres élastiques sont revenues à leur première position d'équilibre ; tout le long de l'alvéole, il s'est produit du tissu osseux. La dent est solide dans sa position nouvelle parce qu'elle a *entraîné son alvéole avec elle* (Stade III, fig. 1).

Je dirai encore un mot sur la destinée de l'espace périapexien que j'ai volontairement négligé dans le dessin de ces schémas :

1° On sait en effet que l'apex est complètement dépourvu de fibres articulaires et que l'espace en tronc de cône qui se trouve autour de l'extrémité de la racine contient les vaisseaux et les nerfs dentaires plus ou moins enroulés sur eux-mêmes, noyés dans du tissu cellulaire lâche.

Cette disposition anatomique permet providentiellement toutes les mobilisations, sans rupture des vaisseaux nourriciers de la pulpe, et c'est pourquoi l'on n'observe que peu ou point de mortification pulpaire en orthodontie. Les vaisseaux et nerfs s'allongent ou mieux se déroulent au fur et à mesure de la mobilisation.

Dans le schéma que nous représentons ici, ces trois périodes sont nettement distinctes :

La fig. 1 nous représente la dent saine dans son alvéole, l'espace sombre (traits obliques) compris entre les lignes courbes (traits pleins) représente l'épaisseur de l'articulation avec ses fibres articulaires *(f)* dirigées obliquement (Stade primitif).

Le stade I montre la *période de début* de l'extrusion (fig. 1).

Les fibres articulaires sont distendues et le bord occlusal ou incisif de la dent a subi un mouvement de la ligne XX' à la ligne YY', soit MN. L'articulation ancienne est figurée entre deux lignes pointillées.

Le stade II montre la *période d'état au moment de la rétention* (fig. 1).

Les fibres articulaires sont revenues à l'état d'équilibre

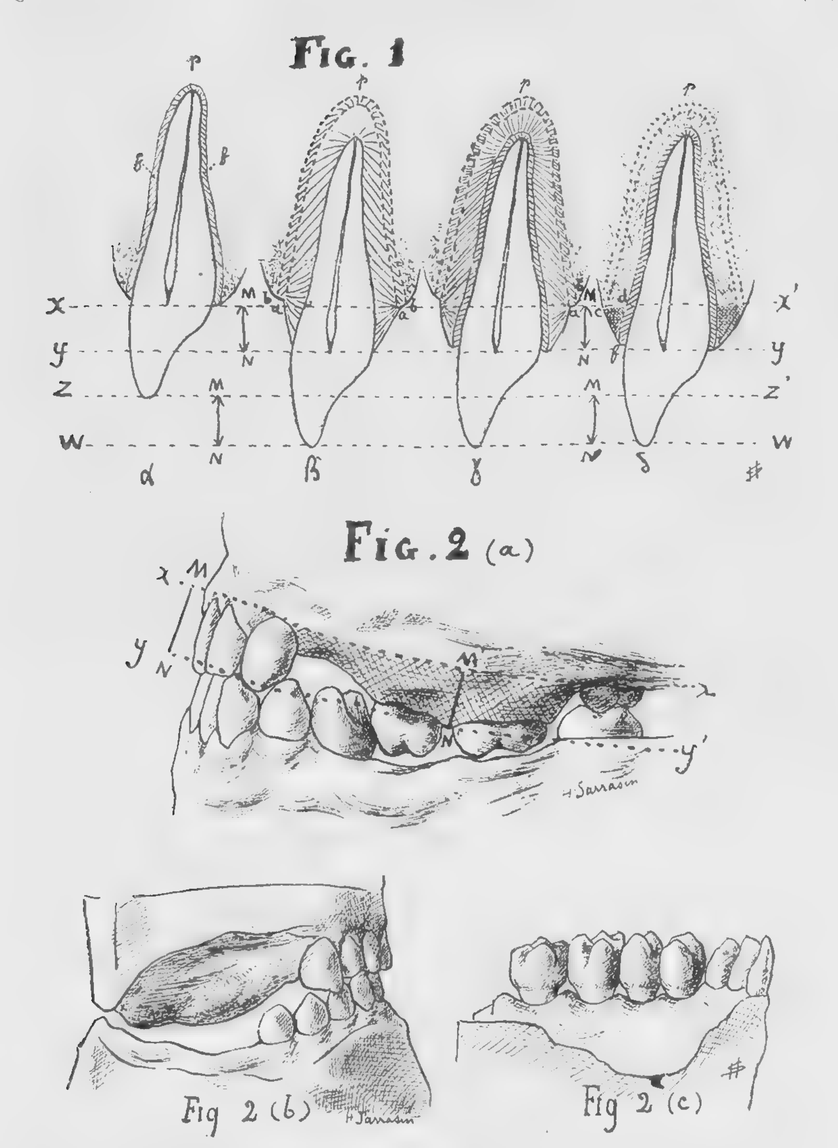


Fig. 1. Schéma du mécanisme de l'extrusion juvénile ou complète.
- α Etat primitif.
- β Stade I.
- γ Stade II.
- δ Stade III.

Fig. 2. (*a*) Cas d'extrusion complète juvénile. MN représente la longueur de l'extrusion.
- (*b*) Cas d'extrusion osseuse (partie quadrillée).
- (*c*) Cas d'extrusion sénile ou incomplète (pyorrhée alvéolaire). (Collet dénudé.)

aux dépens de leur insertion osseuse, l'os est donc étiré et de l'os nouveau se reforme dans l'espace qui sépare l'ancien alvéole de la dent de l'alvéole nouveau.

Le stade II représente l'articulation nouvelle avec ses fibres articulaires, limitée dans l'espace compris entre les deux lignes courbes figurées en traits pleins, les deux lignes courbes pointillées figurent la place de l'ancien alvéole.

Le stade III représente la *période de consolidation.*

On voit l'os nouveau qui s'est formé entre l'ancienne position et la nouvelle. L'os accompagne et suit la dent qui maintient toujours avec l'alvéole des rapports identiques à ceux du début. Toute la partie osseuse autour du collet est évidemment de formation nouvelle. (Cette portion nouvelle est figurée en quadrillé.) Le plan d'occlusion seul diffère, il est représenté par la ligne WW', au lieu de la ligne ZZ'.

En conclusion, ces données, contrôlées par l'examen des cas journaliers d'extrusion pathologique qui se présentent si fréquemment en pratique, nous confirment dans cette opinion certaine que l'extrusion chez les jeunes n'est pas une élongation de la dent, organe dur et inextensible, mais une élongation de l'alvéole osseux, étiré par l'intermédiaire des fibres articulaires. Cela justifie pleinement le mot d'extrusion et la définition que nous en avons donnée. On pourrait encore l'appeler *extrusion alvéolo-dentaire.*

Les formes cliniques de l'extrusion complète ou extrusion juvénile sont au nombre de deux :

1° *L'extrusion complète* (alvéole et dent) ;

2° *L'extrusion osseuse* ou *alvéolo-dentaire;* la dent (ou les dents) ayant été détruite en partie par carie ou perdue par extraction.

1° *Cas d'extrusion alvéolo-dentaire.* — Sur le modèle que j'ai l'honneur de vous présenter, qui est celui d'un médecin âgé de 30 ans, on peut vérifier l'exactitude de cette théorie (fig. 2 *(a)*.

Les deux molaires supérieures gauches ont subi une extrusion pathologique à cause de la disparition par extrac-

tion des première et deuxième molaires inférieures gauches qui fut pratiquée vers l'âge de 15 ans.

Cette extrusion est bien un mouvement :

1° *De la dent* puisque les deux grosses molaires supérieures gauches touchent le plan muqueux du rebord alvéolaire inférieur ;

2° *De l'alvéole* puisque le collet de ces deux molaires se trouve dans un plan très inférieur à celui de la troisième molaire supérieure gauche. Il y a près d'un centimètre de différence : la distance MN montre le degré d'extrusion des molaires supérieures (1 centimètre environ).

Ceci se contrôle d'ailleurs sur la plupart des modèles de ce genre pourvu que l'extraction ait été pratiquée dans la jeunesse avant l'ossification définitive du procès alvéolaire. Il suffit d'avoir l'attention attirée sur ce point particulier pour le vérifier.

Ces cas, néanmoins, sont assez rares puisqu'ils impliquent la destruction ou la perte de la dent (ou des dents) du maxillaire opposé, presque aussitôt après son éruption. C'est peut-être la raison qui fait qu'ils n'ont jamais été étudiés.

2° *Cas d'extrusion osseuse.* — Ces cas se présentent sous la forme habituelle suivante :

1° Stade. Un patient perd ses molaires inférieures d'un côté (le gauche) entre 13 et 17 ans. Les molaires supérieures du même côté font leur extrusion, entraînant avec elles les alvéoles correspondantes ;

2° Stade. Le malade perd ensuite pour une raison quelconque toutes ses dents supérieures entre 25 et 30 ans — soit par carie, soit par extraction — et se présente au praticien pour lui demander un dentier supérieur.

Si l'on prend à ce moment un modèle du maxillaire supérieur, on s'aperçoit que le côté gauche, en extrusion complète, est infiniment plus long que le côté droit et que les deux tubérosités maxillaires postérieures ne sont nullement dans le même plan horizontal (fig. 2 *(b)*.

Le praticien constate alors que le maxillaire supérieur

présente au niveau des molaires gauches *une telle extrusion osseuse* qu'il lui est impossible de faire d'appareil ou de placer ses dents artificielles car les dents inférieures ou le maxillaire inférieur lui-même l'en empêche.

Force est donc au praticien d'avoir recours à l'un des moyens suivants :

Soit qu'il place des dents plates avec une surface occlusale en caoutchouc blanc, soit qu'il résèque à la pince gouge ou autrement la portion osseuse qui a subi l'extrusion.

Ceux qui ne font pas l'examen étiologique de ces cas peuvent croire au premier abord à une différence de résorption alvéolaire après l'extraction. Il n'en est cependant rien ; car cette différence ne peut jamais atteindre un centimètre entre les deux côtés, comme cela arrive communément dans ces cas.

Cette augmentation osseuse porte en effet non pas sur l'alvéole lui-même, qui se résorbe après l'extraction, mais sur la partie maxillaire même. Cette portion du corps de l'os s'est allongée, a suivi la dent au moment de l'extrusion et ne se résorbe pas puisque cet os n'est pas fonction de la dent.

Par suite, cette catégorie d'observations montre que l'extraction ou la perte des dents n'amène pas la résorption de la partie du maxillaire qui a subi l'extrusion et il reste chez les édentés (surtout supérieurs) une malformation maxillaire, unilatérale presque toujours à laquelle l'auteur donne le nom d'*extrusion osseuse asymétrique.*

b) Extrusion incomplète ou sénile.

Il arrive fréquemment qu'au cours de la période adulte et surtout pendant la vieillesse, l'extrusion complète, c'est-à-dire le mouvement simultané de l'alvéole et de la dent, ne se produit pas au niveau des dents d'un maxillaire lorsque les dents opposées font défaut. L'on constate alors presque toujours dans ces cas : *une simple sortie de la dent,* une sorte d'expulsion hors de l'alvéole avec apparition de la racine. Le cément est dénudé et privé de ses fibres élasti-

ques. Les dents sont solides et fermes néanmoins et suffisent à leur fonction masticatrice (fig. 2 (*c*).

Dans ce cas le mouvement de la dent se produit *sans que l'organe soit accompagné de ses fibres articulaires ni de son alvéole.* Le premier stade de l'extrusion caractérisé par la sortie de la dent se produit donc seul.

Deux hypothèses sont possibles pour expliquer ces phénomènes :

1° Ou bien au cours du mouvement qui se produit, *le ligament* devenu dur, non élastique, à cause de l'âge ou pour toute autre raison, se rompt au niveau de son attache dentaire ou alvéolaire et laisse la dent sortir de son alvéole d'une quantité plus ou moins variable. Alors le cément apparaît complètement dénudé et privé de fibres articulaires. Néanmoins la dent peut rester complètement ferme. On sait combien il faut peu de fibres articulaires pour permettre à la dent de se maintenir assez ferme et solide pour remplir ses fonctions. On rencontre en effet après le traitement de certaines pyorrhées, des dents dont le quart apical seul est suffisant à la continuation des fonctions — ce qui explique bien la solidité de certaines dents, même en supra occlusion très prononcée ;

2° Ou bien (autre hypothèse), les fibres ligamentaires sont assez élastiques, mais *l'os* lui-même est trop calcifié pour se laisser entraîner par le ligament. Là encore le résultat est le même. Le ligament se rompt surtout dans ses fibres circulaires extrinsèques et la dent apparaît plus longue, dénudée de ses fibres articulaires. Dans ces cas aussi, elle est bien souvent assez solide pour remplir ses fonctions.

En conséquence, soit qu'il s'agisse d'une perte d'élasticité des fibres ligamenteuses (maladie du ligament, arthritisme, sénilité), soit qu'il s'agisse d'une calcification trop avancée et trop profonde de l'os et de l'alvéole, le ligament se rompt dans sa partie extrinsèque, particulièrement au niveau des fibres circulaires et laisse la dent sortir sans qu'elle soit accompagnée de son alvéole. *C'est l'élongation de la dent des auteurs français.*

Ces conditions sont particulièrement visibles dans la bouche des individus âgés et des pyorrhéiques par exemple ; dans celle des arthritiques adultes et même des arthritiques jeunes ; chez ceux qui possèdent les dents à ivoire jaune dense et hypercalcifiées sans manifestations nombreuses de carie.

Enfin, on a signalé récemment des cas d'*extrusion sénile généralisée de toutes les dents* chez des pyorrhéiques atteints de maladie de Parkinson (Rousseau), il s'agissait dans ces cas non pas d'une extrusion compensatrice, mais d'une lésion chronique de l'articulation alvéolo-dentaire, analogue aux déviations des doigts et aux dystrophies phalangiennes qui se produisent au cours du rhumatisme chronique.

En conclusion,

I. — L'extrusion de la dent est bien un mouvement simultané :

a) de la dent,

b) du ligament,

d e l'alvéole.

Mais ce mouvement n'est possible que dans l'adolescence (12 à 25 ans) où il donne une seule *forme anatomique* que l'auteur propose d'appeler *extrusion* complète ou *alvéolo-dentaire.*

C'est le seul mouvement réellement orthopédique.

Cette forme anatomique unique, se présente sous deux formes cliniques suivant que les dents sont encore présentes ou qu'elles ont disparu après que le mouvement s'est effectué.

Ce sont :

1° L'extrusion alvéolo-dentaire (dents présentes) ;

2° L'extrusion osseuse (édentés).

II. — Dans la vieillesse et même l'âge adulte (25 à 45 ans) l'extrusion n'est qu'incomplète (extrusion sénile), c'est la seule dont il est fait mention dans les auteurs et la seule observée jusqu'à ce jour ; c'est l'élongation des auteurs français. On pourrait l'appeler aussi *extrusion dentaire simple* puisque la dent seule subit le mouvement à l'exclu-

sion de son ligament et de son alvéole. Il n'est plus dès lors qu'un mouvement pathologique quoique souvent compensateur mais nuisible à la solidité de la dent (prédisposition à la pyorrhée alvéolaire ou pôles arthrite chronique).

Ce mécanisme de l'extrusion complète représente bien le mécanisme de tous les mouvements des dents en orthodontie quelle que soit la direction des mouvements. Il se produit dans chacun d'eux, après la mobilisation, une réfection de l'alvéole au moyen de couches osseuses successives qui se déposent autour de la dent, *retenue* dans sa position nouvelle.

B) Mécanisme de l'extrusion thérapeutique ou orthopédique.

Au point de vue mécanique, la dent à mobiliser s'offre à nous comme un système dont nous allons étudier successivement les éléments :

I. La dent et son ligament.

II. La puissance mobilisatrice et son point d'application (ou action).

III. La résistance et son point d'application (ou réaction formant l'ancrage).

IV. Les moyens de rétention, après la fin de la mobilisation.

I. — *La dent et son ligament.*

La dent est maintenue dans son alvéole grâce à la résistance des fibres ligamenteuses articulaires. Celles-ci se répartissent à peu près uniformément sur la surface de la racine, incluse dans l'alvéole, c'est-à-dire sur les deux tiers de la surface de la dent.

Elles sont dirigées obliquement de la racine vers l'alvéole et de l'apex vers le collet (fig. 1). (Etat primitif.)

De cette direction, il résulte déjà que le mouvement d'*extrusion* rencontrera du côté des ligaments une résistance relativement plus faible que le mouvement inverse : *l'intrusion.*

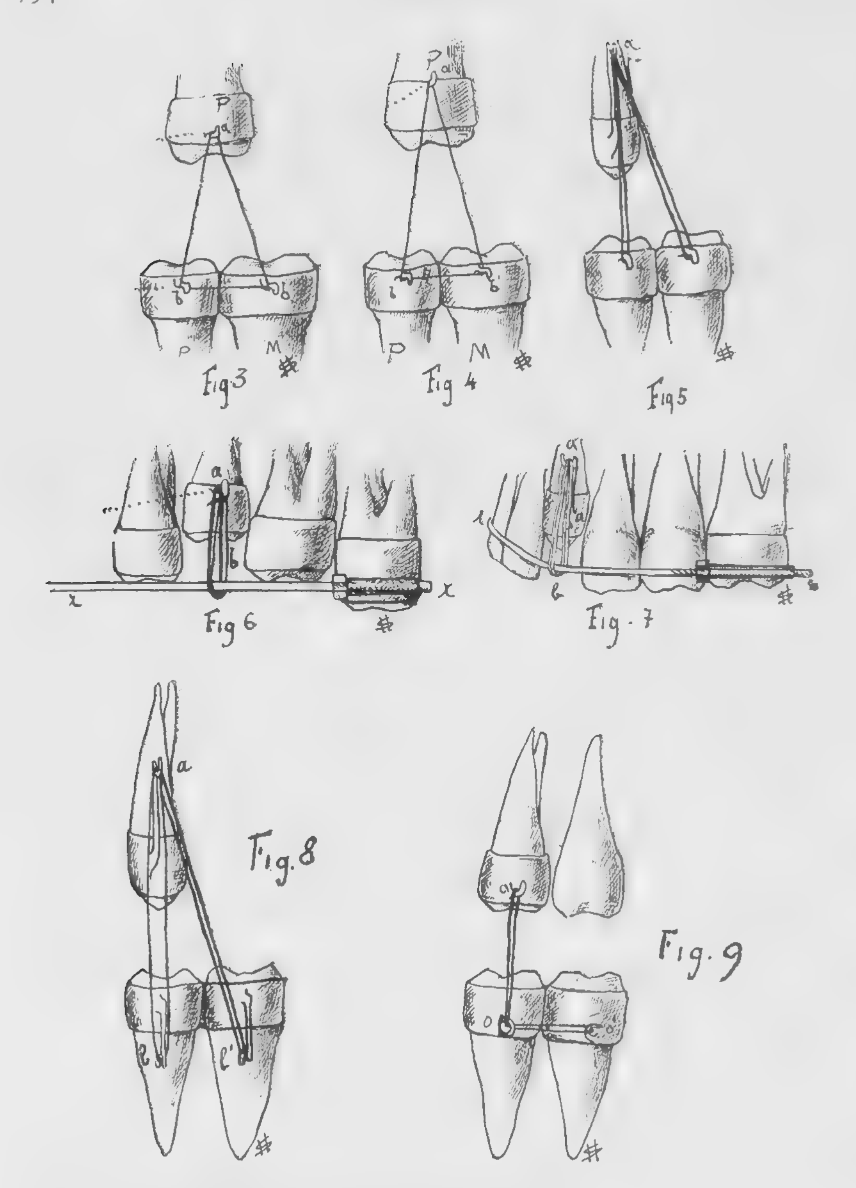


Fig. 3. Anneau élastique en position occlusale (*a*)
Fig. 4. Anneau élastique en position cervicale (*a*).
Fig. 5. Anneau élastique en position apicale (*a*).
Fig. 6. Anneau élastique en position cervicale (*a*) et passant sous un axe propulseur.
Fig. 7. Anneau élastique en position apicale (*a*) et passant sous un axe propulseur.
Fig. 8. Anneau élastique en position apicale aux deux maxillaires.
Fig. 9. Anneau élastique passant par une poulie de réflexion (*o*).

II. — *L'action.*

La puissance mobilisatrice est généralement fournie par un anneau de caoutchouc auquel on donne une certaine tension.

Cet anneau peut être tendu entre les deux maxillaires et sa puissance est renforcée par la force intermaxillaire (c'est le cas le plus fréquent). (Fig. 3, 4, 5.)

On peut également le tendre en le faisant passer par-dessous un arc situé près du bord occlusal des deux dents voisines et en réunissant les deux chefs du caoutchouc sur le crochet de la dent à mobiliser. (Fig. 6.)

Enfin on peut employer dans certains cas particuliers des fils de soie ou de métal comme nous le verrons aux applications orthopédiques.

Le point d'application de cette force est loin d'être indifférent ainsi qu'on va le voir.

Trois cas se présentent dans la pratique. Supposons, pour fixer les idées, une force mobilisatrice F. (anneau de caoutchouc intermaxillaire) appliquée à une canine supérieure d'adulte, pourvue elle-même d'une bande cimentée. L'ancrage se compose de deux prémolaires inférieures :

I. — Le point d'application ou d'attache du caoutchouc est au rebord occlusal ou incisif de la dent à mobiliser (c'est la *position occlusale*). (Fig. 3.)

On constate qu'il ne se produit aucune mobilisation ou très faible (dent d'enfant).

Cette constatation est d'un grand intérêt ; car il est des cas où, dans l'ancrage intermaxillaire par exemple, l'extrémité fixe de cet ancrage doit, en vertu de cette considération, être attachée en position occlusale. On empêche ainsi l'extrusion des dents ou de la dent qui sert de point d'appui fixe et qui forme la résistance. On demande en effet dans ces cas, non pas l'extrusion de la dent, mais sa résistance sans mobilisation.

II. — Le point d'application est au rebord gingival ou collet de la dent (*Position cervicale*). (Fig. 4.)

Dans la plupart des cas, la mobilisation attendue se produit, surtout s'il s'agit des prémolaires ou des incisives chez les enfants de 12 à 15 ans et au-dessous.

Cette position sera la position typique normale et tout attachement (crochet, anneau) soudé à une bande mobilisatrice (c'est-à-dire cimentée sur la dent à mobiliser) devra se trouver aussi près que possible du bord gingival.

III. — Enfin le point d'appui peut être reporté au niveau de l'apex, par l'intermédiaire d'une potence verticale soudée elle-même à la bande mobilisatrice (*Position apicale*). (Fig. 5, 7, 8, 10.)

Cela est évidemment indiqué quand les deux opérations précédentes (avec point fixe occlusal ou cervical) n'ont pas donné de résultat, comme cela arrive presque toujours dans le cas de canine d'adulte en infra-occlusion (cas personnels).

Dans l'un de ces derniers cas, la mobilisation, tentée par l'auteur pendant plus de 15 jours, n'a pu être obtenue *que* par cette dernière méthode, et cela en quelques heures.

Cette situation (en position apicale) présente un intérêt pratique considérable, quand on ne peut se servir de la force intermaxillaire (par exemple lorsqu'il existe déjà un appareil avec arc propulseur ou rétropulseur (fig. 7) ; ou bien encore lorsqu'aucune intervention n'est légitimée sur le maxillaire inférieur ; ou que l'on se heurte à un refus de la part du patient).

Dans ce cas la potence verticale amène le point d'appui en position apicale et satisfait à toutes les indications

En résumé, selon que l'on a affaire à une dent

a) d'enfant, *b*) d'adolescent, *c*) d'adulte,

on emploie pour l'extrusion, la position

a) occlusale (fig. 3),
b) cervicale (fig. 4),
c) apicale (fig. 5).

J'évite de préciser l'âge à dessein car il est des enfants à tissu osseux dense et des adultes à tissu osseux moins compact que chez les adolescents. L'expérience et la clinique reprennent toujours leurs droits en pareils cas.

La raison de cette différence d'action suivant la situation du point d'appui ne vient pas de cette situation proprement dite, comme on serait tenté de le croire au premier abord. On ne conçoit pas en effet qu'un cheval ait plus de difficulté à traîner un wagon parce que les traits seront placés en avant ou en arrière de ce wagon. Dans le premier cas, il tirera en avant du wagon ; dans le second, il tirera latéralement. Il en est de même pour l'anneau élastique attaché dans la position occlusale, cervicale ou apicale. Il tirera de toutes les façons, *à condition qu'il soit tendu également dans les trois cas.*

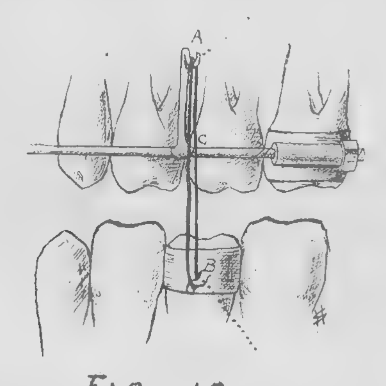


Fig. 10

Anneau élastique en position apicale (maxil. sup.). L'arc rétropulseur forme la résistance.

Malheureusement cette tension égale est impossible avec un même anneau élastique dans les trois positions sus-indiquées. Et voici ce qu'on observe :

Dans la position *occlusale,* l'anneau élastique ne se tend que d'une façon intermittente et seulement au moment de la mastication, de la parole, du chant, c'est-à-dire dans les mouvements du maxillaire inférieur.

Dans la position *cervicale,* le même anneau élastique se tend d'une façon intermittente comme dans le cas précédent et aussi d'une façon continue, *mais faible.*

Dans la position *apicale,* le même anneau subit une tension continue, *mais forte* et aussi la tension intermittente comme dans les deux cas précedents. Il y a *addition des*

trois éléments de tension et augmentation de chacun d'eux.

De ces observations, il découle que l'anneau de caoutchouc n'a d'action que si sa tension est continue, et d'après des lois de physique connues, cette action est proportionnelle, mais seulement dans les limites de l'élasticité, *au cube* de la longueur (Gaillard).

Ces considérations nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° On obtiendrait un résultat analogue en construisant la potence sur la dent servant de point fixe, et en attachant la dent à mobiliser en position occlusale ;

2° En reportant le point d'appui en position cervicale en haut et en bas on obtiendrait une force plus grande ;

3° Enfin le maximum de force serait le cas où l'on pourrait construire deux potences, une sur la dent à mobiliser, l'autre sur la dent fixe, afin de reporter le point d'appui en position apicale, en haut comme en bas ; on obtiendrait ainsi le maximum de *tension constante* pour l'anneau élastique (Fig. 8) ;

4° En pratique la potence est plus simple à construire sur les dents supérieures. La raison en est purement anatomique. On sait en effet que le fonds du cul-de-sac vestibulaire supérieur est situé dans un plan horizontal plus élevé que le plan passant par les apex des dents supérieures, alors que le cul-de-sac inférieur est beaucoup moins profond ; et l'ancrage dentaire simple sans potence suffit presque toujours comme point fixe et se compose en général de deux dents inférieures au moins pour une dent à mobiliser supérieure.

Nous verrons également *au chapitre de l'intrusion* quelle importante déduction nous pourrons encore tirer de ces observations.

On voit aussi que, dans le cas où l'on a besoin d'une résistance sans mobilisation (ancrage intermaxillaire) au niveau du point fixe, il est important de choisir la position occlusale afin d'avoir le minimum de tension de caoutchouc

tout en ayant un effet suffisant pour la mobilisation de la dent dans le sens sagittal.

On peut également augmenter la tension du caoutchouc par d'autres procédés que celui de la potence verticale ; par exemple en le faisant passer dans l'intérieur d'un anneau à bord mousse comme sur une poulie de transmission (fig. 9).

L'inconvénient de ce système réside dans le fait de l'usure rapide et par suite de la rupture fréquente du caoutchouc.

On objectera que si l'on *ne* peut avoir une tension constante suffisante avec le *même* anneau élastique F dans les trois cas, on pourrait du moins obtenir cette tension avec trois anneaux élastiques, différents de dimension, mais égaux tous trois en valeur et en force (égale au nombre trois par exemple) :

1° Un petit annneau fort qui remplacerait le grand anneau F de Ash et C° en position occlusale ;

2° Un anneau élastique moyen en place du grand anneau F en position cervicale ;

3° Enfin pour la position apicale un grand anneau plus puissant que l'anneau élastique du commerce F (Ash et C°) que nous avons pris pour base de notre raisonnement. Par suite un seul point d'application serait suffisant dans les trois cas et l'on attacherait les trois anneaux élastiques précédents en position cervicale.

Cette objection tombera de suite si l'on pense :

1° Qu'il n'existe pas d'anneaux élastiques dans le commerce en dimensions suffisamment variables mais seulement chez Ash et C°, en trois grandeurs en progression arithmétique, petits, moyens et longs (un centimètre de diamètre) ;

2° Qu'il est nécessaire de n'opérer *qu'avec des anneaux longs* afin de ne pas gêner le patient dans le mouvement du maxillaire inférieur ;

3° Que les anneaux élastiques courts et moyens sont soumis à une trop forte tension, cassent trop souvent, et ainsi sont sans utilité pour la *mobilisation ;*

4° Qu'il n'y a aucune difficulté à changer le point d'application de la force mobilisatrice suivant les indications cliniques et à utiliser le grand anneau élastique F de Ash, comme

nous l'employons couramment en pratique avec succès.

III. *Réaction.* — On l'appelle encore résistance ou point fixe. Toujours, qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs dents à mobiliser, *la réaction doit être supérieure à l'action.*

Cette résistance s'établit sous forme d'ancrage dentaire simple, soit sur les dents voisines du même maxillaire que celui des dents à mobiliser, soit plus fréquemment sur les dents du maxillaire opposé par l'intermédiaire de l'ancrage intermaxillaire. Ainsi pour l'extrusion d'une dent supérieure cet ancrage intermaxillaire se fait de différentes façons :

1° Soit que l'on prenne deux, quelquefois trois bandes soudées entre elles, cimentées sur deux ou trois dents inférieures ; alors un seul crochet inférieur suffit, *en position cervicale*, un seul anneau de caoutchouc établit la force nécessaire pour la mobilisation ;

2° Soit que les bandes inférieures restent indépendantes, il faut alors autant d'anneaux de caoutchouc qu'il y a de dents formant ancrage. Ils s'accrochent tous par leur chef supérieur à la dent à mobiliser (fig. 5) ;

3° Soit qu'on choisisse un autre point fixe d'un appareil du maxillaire opposé, arc de propulsion ou de rétropulsion, vis de Jack, etc., placé en d'autre point, pour d'autres raisons, mais fixé déjà, auparavant dans la bouche (fig. 7).

IV. *La Rétention.* — Elle est le plus souvent fort difficile surtout quand l'opération a été menée trop rapidement :

1° A cause de la direction même des fibres articulaires dont l'élasticité est considérable et qui tendent à revenir violemment à leur point d'équilibre primitif ;

2° A cause du peu de base que l'on a, pour s'opposer au retour d'une dent qui a subi l'extrusion ;

3° A cause de la faiblesse même des appareils de rétention surtout quand il s'agit d'une extrusion un peu importante (open-bite, malocclusion entr'ouverte des six dents antérieures) ;

4° Surtout enfin à cause de l'extrême lenteur que l'os met à se reformer et à construire l'alvéole nouveau.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 novembre 1908.

La Société d'Odontologie a tenu sa réunion mensuelle le 7 novembre, à 9 heures, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Barrié, président.

I. — Allocution de M. Touchard,

Président sortant.

Mesdames, Messieurs et chers Confrères,

Je figure sur l'ordre du jour pour prononcer une allocution. C'est un honneur que j'eusse volontiers décliné, si je n'avais su qu'il me donnait l'occasion de remplir un devoir agréable envers mes collègues du bureau sortant en leur donnant un témoignage public de ma sympathie et de ma reconnaissance.

La tâche d'un président inexpérimenté devient bien facile quand il peut compter sur le zèle et l'urbanité de ces collaborateurs, ce qui a été mon cas.

Je dois une mention spéciale à notre distingué secrétaire général qui, malgré les difficultés passagères des premiers jours, a su par son activité, par son aménité dans ses rapports avec nos confrères, mieux que je ne l'eusse fait moi-même, provoquer parmi eux une sainte émulation qui a fait de notre session de 1907-1908 une des plus remarquables par l'originalité des travaux présentés, tous empreints d'actualité.

Qu'il me permette de le remercier devant vous.

Ceux qui ont entendu son rapport et ceux qui le liront trouveront peut-être que mon éloge est au-dessous de son mérite.

Je serais un ingrat si, en quittant ce fauteuil, je n'exprimais pas ma reconnaissance à tous ceux de mes confrères qui ont bien voulu répondre à l'appel que je leur adressais dans mon discours d'ouverture.

Laissez-moi, en terminant, vous féliciter du choix que vous avez fait en élisant président de votre Société mon collègue et ami Barrié. Collaborateur des premiers jours à la Société d'Odontologie il trouvera à ce poste d'honneur la juste récompense de son mérite, de ses travaux et de son dévouement, comme professeur, à notre institution.

II. — Allocution de M. Barrié,
Président.

Mes chers Confrères,

Je vous remercie bien sincèrement de m'avoir appelé à présider la Société d'Odontologie, c'est un honneur auquel je ne m'attendais pas, car bien mince est mon bagage scientifique, et j'ai bien peu d'autorité pour diriger vos discussions qui peuvent être parfois très orageuses.

A défaut d'autres qualités, j'y mettrai tout le zèle et toute la bonne volonté dont je suis capable : N'avez-vous pas pris soin d'ailleurs de me donner d'excellents collaborateurs : M. Dreyfus, notre secrétaire général, déjà rompu aux difficultés de sa fonction ; M. Blatter, dont nous admirons l'inlassable activité, sa puissance de travail qui se manifeste dans toutes les branches de notre Groupement ; M. G. Robin, professeur émérite de dentisterie opératoire, traducteur et commentateur de Johnson ; M. G. Villain, dont l'intelligence professionnelle et pédagogique permet de cueillir des lauriers à l'âge où d'autres balbutient les premiers mots de la science odontologique.

Il est d'usage, mes chers confrères, de faire l'éloge de son prédécesseur ; cette tâche m'est particulièrement agréable à remplir, mais je craindrais de blesser la modestie de notre excellent confrère et ami Touchard, si je vous disais tout le bien que je pense de lui : Comme odontologiste, vous connaissez ses travaux ; quant à son rôle de président de la Société il s'en est fort bien acquitté, malgré les difficultés de toutes sortes, grâce à son tact et à sa fermeté ; j'ajouterai aussi, grâce à ses connaissances scientifiques variées.

Mes chers confrères, nous voyons le beau rêve qu'avait fait M. Frey se réaliser peu à peu la situation sociale de l'odontologiste s'élève au fur et à mesure qu'il devient plus habile et plus instruit ; les services que nous rendons sont des plus appréciés, et l'hygiène dentaire entre de plus en plus dans les préoccupations de nos législateurs, de ceux qui ont charge, à des titres divers, de la santé publique.

L'apparition de la circulaire ministérielle du 10 octobre 1907 concernant le service dentaire à organiser dans l'armée en est une preuve. Mais ce qui doit surtout nous réjouir, c'est l'innovation dans l'hygiène dentaire scolaire apportée par le Ministre de l'Instruction publique, M. Gaston Doumergue, à la suite du Congrès international d'hygiène scolaire qui tint ses assises à Londres au mois d'août 1907. Des prescriptions relatives à l'hygiène de la bouche ont été rendues obligatoires dans les écoles normales, dans les internats annexés aux écoles primaires supérieures. A côté des services dentai-

res qui existaient déjà dans les lycées et collèges, on a créé des services d'inspection tout à fait distincts. Pour tous ces postes, on a fait largement appel au concours des chirurgiens-dentistes et bon nombre des membres de notre groupement en ont été chargés : A votre serviteur échoient ceux de Louis-le-Grand et de Henri IV.

Généralement, un succès en appelle un autre ; les professeurs de nos écoles, membres de la nouvelle association fondée par M. Siffre, ont formulé un vœu et adressé une pétition à qui de droit, demandant leur admission comme membres du Jury du troisième examen de chirurgien-dentiste.

Ce vœu a été précédemment émis et adopté dans le rapport Roy-Villain au cours des différentes assemblées générales du Groupement. Nul doute que cette demande ne soit favorablement accueillie.

En parcourant les nombreux écrits parus cette année dans le journal *L'Odontologie*, à côté des auteurs de communications très intéressantes de M. Godon, administrateur hors ligne et dont toute la vie professionnelle n'est qu'une longue étude du meilleur mode d'enseignement de notre art, de M. Delair, dont le nom est connu de tous ceux qui font œuvre chirurgicale, de M. Choquet, le savant lauréat du prix Broca, figurent en bonne place les Sauvez, Frey, Maurice Roy, Richard-Chauvin, Martinier, Joseph-Mendel, Touvet-Fanton, Georges et Henri Villain, Huet (de Bruxelles), Lemerle père et fils, Viau, Décolland et combien d'autres dont les noms m'échappent.

Comme tous les ans et dans la même circonstance, le bureau tout entier fait à tous un appel chaleureux, aux érudits pour nous apporter de savantes communications ; mais nous accueillerons avec non moins d'empressement les simples observations cliniques, la présentation d'un nouvel agent thérapeutique, d'un instrument nouveau ou simplement perfectionné, toutes choses qui améliorent et simplifient notre besogne journalière.

Nous n'ignorons pas que la plupart d'entre nous, ont à lutter pour la vie, les jeunes en particulier, surtout au début de leur carrière professionnelle, néanmoins, sachez soustraire de temps en temps quelques heures d'un temps si précieux pour les employer à l'étude de cette science si captivante; faites en sorte que la Société d'Odontologie soit brillamment représentée aux Congrès de Lille et de Berlin.

Ce Congrès international aura un succès certain grâce à l'invitation pressante faite en France aux odontologistes par la F. D. N.

Avant d'aborder l'ordre du jour, permettez au bureau et à tous les membres de cette Société, d'adresser un souvenir ému à la mémoire de notre excellent confrère, M. Edmond Papot, mort dans le cours de cette année, et qui fut secrétaire général, vice-président, et président de la Société d'Odontologie.

III. — L'anesthésie pulpaire et dentinaire par la novocaïne, par MM. Quintin et Pitot.

M. Quintin. — Mes chers confrères, si ce n'était l'honneur et le plaisir de me trouver auprès de confrères, d'amis aussi obligeants que les membres de la Société d'Odontologie, je me serais récusé pour parler ce soir.

Vous connaissez tous notre situation en Belgique : pas d'enseignement organisé, peu de sociétés. Nous ne nous reconnaissons donc aucune autorité et aucune qualité pour parler devant l'élite de la profession dentaire française. Mais devant l'insistance de M. Godon. devant l'invitation de la Société d'Odontologie, nous aurions eu mauvaise grâce à ne pas venir vous faire part des recherches que nous avons faites sur la novocaïne dans ses applications à l'anesthésie locale.

Ce qui me faisait hésiter aussi, c'est que nous n'avons pas l'habitude de manier la langue française aussi bien qu'à Paris. Vous voudrez donc bien excuser un Belge qui vient vous parler aujourd'hui en ami.

Je ne crois pas que je doive retracer ce soir tout ce qui a été dit de la novocaïne, concernant ses propriétés chimiques, physiques, sa composition, etc. Je pense que tous ceux qui s'en servent ici et qui sont à l'avant-garde du progrès connaissent tout aussi bien que nous ce qu'est ce médicament. Je pourrais leur dire aussi qu'il y a un excellent travail de M. Thioly-Regard qui a paru dans *L'Odontologie*[1]. J'en parlerai tout à l'heure parce qu'il y a certaines choses qui sont en contradiction avec ce que M. Pitot et moi avons constaté. Je crois donc inutile d'insister sur la composition chimique de la novocaïne. Toutefois, la fabrique Meister Lucius, de Hœchst, qui a mis dans le commerce la novocaïne, a envoyé une circulaire, que vous avez reçue, sans doute, et qui est assez explicite. Je vais vous dire simplement comment je suis arrivé à me servir de novocaïne.

Tout le monde a employé la cocaïne, tout le monde s'est servi aussi des nouveaux produits anesthésiques : de l'anesthésine, de la stovaïne, etc., etc. Je dois dire que M. Sauvez, qui s'était fait le protagoniste de la stovaïne, m'en avait donné. Je m'en suis servi avec avantage, mais j'ai trouvé que, dans certains cas, la stovaïne ne donnait pas des résultats suffisants pour toutes les extractions. Je me suis servi ensuite d'alypine. Vous savez que lorsque des confrères se trouvent à la tête de services cliniques, on leur adresse des échantillons de toutes sortes de produits. J'ai donc fait des injections d'alypine, elles ne me donnaient pas toujours des résultats satisfaisants. J'estime que si un

1. V. *Odontologie*. 30 mars 1908, p. 250.

produit doit être anesthésique, il doit l'être suffisamment dans tous les cas.

Bref, après m'être servi d'alypine pendant un certain temps et n'ayant pas obtenu d'anesthésie parfaite dans tous les cas, j'étais devenu très sceptique et j'en revenais, dans les cas difficiles ou douteux, à avoir recours à l'anesthésie générale. A mon avis, l'anesthésie générale ne doit être que l'exception dans notre pratique. Je crois en effet qu'il est préférable de recourir à l'anesthésie locale : cela nous dispense d'avoir recours à un confrère, cela nous permet d'aller plus rapidement. Il y a toute une série de considérations non seulement d'ordre scientifique, mais encore d'ordre clinique et pratique qui peuvent nous faire adopter l'anesthésie locale, plutôt que l'anesthésie générale. Après m'être servi d'alypine, je reçus un jour de la maison Meister Lucius des échantillons de novocaïne. La première fois que je m'en suis servi à la clinique, je dis à mon adjoint : « Nous avons là un anesthésique excellent et qui nous donnera, paraît-il, toute satisfaction.» Je fais une extraction très difficile et je vois à ma grande surprise que la personne après l'extraction me dit n'avoir rien ressenti. J'avais médit de la novocaïne avant de m'en être servi, aussi j'étais penaud devant les résultats obtenus et je regrettais mon scepticisme.

Je fis d'autres extractions difficiles et toujours j'arrivais à une anesthésie parfaite. Je me suis alors résolument lancé dans l'emploi de la novocaïne. Je dois dire qu'à partir de ce moment-là je l'ai employée avec conscience et avec cette quasi-certitude qu'on devait arriver à un résultat parfait. Jusqu'à l'heure actuelle, depuis que je me sers de novocaïne, je n'ai jamais fait une extraction avec la moindre douleur. J'ai fait des extractions qui ont duré jusqu'à une heure et quart : notamment pour une racine de dent de sagesse inférieure recouverte par un tissu gingival qui s'était formé à la suite de tentatives d'extraction non couronnées de succès. Eh bien, devant ces résultats obtenus et dans de telles conditions, je suis devenu enthousiaste de la novocaïne.

Je l'ai donc, à un moment donné, adoptée d'une façon complète, et dans toutes les extractions que je faisais j'arrivais à un résultat absolument parfait : pas la moindre douleur, pas la moindre complication.

J'ai vu dans cet intervalle M. Pitot qui vous parlera tout à l'heure de l'anesthésie pulpaire et dentinaire. Il me dit un jour : « Puisqu'on arrive à de si beaux résultats dans l'anesthésie dentaire,pourquoi n'essaie-t-on pas l'anesthésie dentinaire et pulpaire? » Je lui répondis : « Cette question a été tranchée par M. Sauvez : l'anesthésie dentinaire n'est pas possible par la voie gingivale. »

Je connus depuis lors les travaux de mon ami Touchard à ce sujet, je l'ai vu l'année dernière, nous nous sommes souri d'une façon très amicale en le voyant pratiquer l'anesthésie pulpaire et dentinaire par la voie gingivale. Nous en avons causé dans la suite et je dois dire que

cela m'a fait énormément plaisir. Mon ami Pitot a continué ses recherches. Il me dit un jour : « Je suis arrivé à pouvoir faire l'anesthésie pulpaire et dentinaire. » Plusieurs fois chez moi il a fait des extractions pulpaires, des aurifications, des excisions de dentine extra sensible et toujours avec succès. Il me dit seulement que dans les grosses molaires il n'y arrivait pas dans tous les cas. Or, nous avons continué depuis une année passée nos expériences à ce sujet-là et je dois dire que jusqu'à l'heure actuelle nous ne sommes pas arrivés à donner d'une façon absolue la technique du mode opératoire. D'ailleurs je laisserai à M. Pitot le soin de développer ses idées à ce sujet et nous arriverons à envisager la dose de novocaïne qui est employée dans les cas d'extractions de dents.

On emploie la novocaïne seule ou avec d'autres produits.

Doit-on l'employer seule ou doit-on l'employer avec l'adrénaline ? Je pense que la novocaïne seule n'est pas suffisamment anesthésique pour pouvoir produire une anesthésie suffisante pour extraire des dents absolument sans douleur, parce que la novocaïne qui n'est pas un médicament vaso-constricteur, mais vaso-dilatateur, se répand dans la circulation. Il faut juguler son action, et pour cela il faut employer l'adrénaline, la suprarénine, la suprarénidine, etc., qui doivent donner un moyen de concentrer, de localiser l'action de la novocaïne.

En employant la suprarénine, qui est un produit fabriqué par la maison Meister Lucius, vous arrivez à anesthésier d'une façon complète la région sur laquelle vous travaillez.

Quelle dose doit-on employer ? Pour ma part je suis d'avis de ne pas fixer de dose. C'est une question de tact et, comme en toutes choses en art dentaire, c'est un art. Il faut savoir envisager plusieurs côtés de la question et non pas seulement dire : ce médicament doit agir avec telle dose. C'est, je le répète, une question de posologie, c'est une question où entrent en considération l'étude du patient, la région malade, l'étendue de la lésion, la difficulté de l'extraction ; bref une foule de considérations doivent entrer en ligne de compte pour que le jugement du dentiste puisse dire : dans telle extraction je crois qu'il me faudra telle dose.

Je crois qu'on peut en partant d'une dose de 2 à 5 et jusqu'à 10 centigrammes arriver à anesthésier n'importe quelle région. Je ne crois pas que 10 centigrammes injectés d'une façon *méthodique et lente* puissent causer le moindre ennui. Si vous employez la novocaïne seule, les symptômes seront peu accusés ; ce qui vous ennuiera le plus, c'est l'action de la suprarénine. Nous avons fait des essais avec différentes marques d'adrénaline, mais nous en sommes revenus à la suprarénine de la maison Meister Lucius. A mon avis, la suprarénine n'est pas un produit défini. Il y a des produits isomères. D'un autre côté la suprarénine ne peut pas être absolument dosée d'une

façon chimique. Vous savez que la chimie, si perfectionnée qu'elle soit, ne peut pas arriver à donner exactement la note dominante de tel produit. Ainsi, dans la cocaïne même la plus pure, vous avez toujours des produits isomères qui vous donnent des résultats très différents avec le produit de telle ou telle maison. Si vous employez la cocaïne benzinée ou éthérée vous aurez des actions différentes. Il y a là une question d'isomère ou une question d'impureté qui intervient dans la production des phénomènes. La suprarénine que nous employons est celle de la maison Meister Lucius qui la fabrique d'une façon toute spéciale : c'est celle qui me donne les meilleurs résultats.

Quelle est l'action de la suprarénine ? C'est un vaso-constricteur. L'action sur le cœur, sur la circulation est assez active, assez rapide. Ce qui vous étonnera de temps en temps, c'est qu'après avoir fait l'injection de novocaïne-suprarénine vous éprouverez la sensation que le patient va tomber en syncope. Ne vous en occupez pas du tout : avant que l'injection ne soit terminée, tous les symptômes auront complètement disparu.

Nous avons fait plusieurs fois des injections de 1, 2, 5 et même 10 centigrammes sur un temps d'un quart d'heure, et du moment où vous avez fait la première injection, vous pouvez employer jusqu'à 10 centigrammes, sans le moindre inconvénient.

J'aurai le plaisir demain de faire devant vous des injections dans ces conditions. M. Pitot le fera également dans des cas d'anesthésie pulpaire et dentinaire. La novocaïne est un médicament absolument inoffensif, que vous pouvez employer chez des cardiaques. Nous avons opéré dans ces cas et franchement les pauvres petits symptômes que nos patients ont accusés étaient tellement insignifiants qu'on n'avait pas lieu de s'en occuper.

Quant à la dose de novocaïne que nous employons pour les extractions, je prends une solution à 2 o/o et je fais des injections de 2 centimètres cubes, et si je le juge nécessaire, je continue et j'arrive comme je le disais tantôt à injecter même 10 centigrammes.

M. Pitot. — Je remercie tout d'abord la Société d'Odontologie d'avoir bien voulu m'ouvrir les colonnes de son journal si important. Je la remercie aussi de vouloir bien apporter une aussi profonde attention à la communication que nous faisons aujourd'hui.

M. Quintin vous a dit un peu l'origine de ce qui n'est pas une découverte en somme, mais une méthode que nous avons employée. J'ajouterai que ce qui m'a mis sur la voie, c'est cette idée que M. Sauvez avait émise au Congrès de Saint-Louis et qui me semblait bizarre ; que lorsqu'on fait une injection de cocaïne avant l'extraction d'une dent et que l'on pique la pulpe quelques instants avant l'extraction indolore, cette pulpe est sensible. Il dit que c'est le ligament alvéolo-dentaire qui était simplement anesthésié, tandis que la pulpe,

ne l'est point. Cela m'avait semblé bizarre et c'est pour voir en somme si M. Sauvez avait raison que j'ai fait des recherches. Je me souviens que la première dent que j'ai anesthésiée était une prémolaire inférieure, cas qui était donc déjà assez difficile, j'ai été étonné de voir en piquant la pulpe que le sujet ne réagissait pas. Je crois qu'à ce moment-là, précisément, M. Touchard avait publié un article dans *L'Odontologie* [1], sur ces injections gingivales. Cela se passait en juin-juillet de l'année dernière.

M. Touchard. — A cette époque on a simplement reproduit un travail antérieur, car le premier travail qui a été fait à ce sujet remonte à 1903 et il a été suivi d'une communication faite à l'Académie. Voilà fixé le point de priorité du fait.

M. Pitot. — J'ai débuté dans la profession à ce moment-là, par conséquent je ne pouvais pas avoir vu vos travaux antérieurs à cette époque. Voyant le résultat que j'avais obtenu en voulant vérifier ce que M. Sauvez avançait et en me servant alors de ce dont M. Quintin se servait, la novocaïne, j'ai fait des essais méthodiques et me suis aperçu que, plus je me rapprochais de l'apex de la dent, plus j'arrivais facilement à obtenir une bonne anesthésie, à tel point que je suis parvenu, même en ne me servant que d'une quantité parfois ridicule de médicament à anesthésier la dentine, à pouvoir extirper la pulpe sans aucune douleur.

La méthode consiste à se servir de novocaïne et à prendre le point d'application pour l'injection le plus haut possible. Il faut remonter hardiment, peut-être même au delà de l'apex. On a un peu peur, parfois. Hier je faisais encore une injection. Je n'avais pas fait suffisamment attention, il s'agissait d'une incisive centrale et je n'obtenais pas de résultats. Je vérifiai la longueur de la racine et je la sentis plus haute que le point d'application de mon injection. Je refis donc celle-ci et l'anesthésie réussit parfaitement. Le point d'application de l'injection est ce qu'il y a de plus important. C'est là, messieurs, tout ce que j'ai à vous dire du mode opératoire ; ce qui est le plus important, c'est la démonstration pratique de ces faits.

Ce que M. Quintin a laissé de côté, c'est la question non pas de dose, mais de gravité de la novocaïne.

Au point de vue des tissus mêmes, il m'est arrivé souvent de faire plusieurs anesthésies d'une même dent. J'eus à m'occuper un jour d'une incisive dont les faces latérales étaient cariées. Je ne pouvais pas, voulant mettre un inlay, faire l'extraction du nerf. Je ne pouvais d'autre part soigner les deux faces le même jour. Eh bien, il m'est donc arrivé à différentes reprises de faire les injections de novocaïne cinq fois de suite en six jours et pour la même dent. Dans le cas que je viens de

---

1. V. *Odontologie*, 15 septembre 1906, p. 195.

vous citer, l'inlay n'avait pas réussi, j'ai dû recommencer. J'estime que c'est un point très important, d'autant plus que M. Quintin, lorsqu'il me communiqua l'article dont il a parlé, me permit ainsi de constater que l'auteur en question prétendait qu'il était dangereux de se servir de novocaïne, parce que la novocaïne pouvait arrêter la circulation dans la pulpe pendant plus d'une heure et qu'ensuite de cela la vitalité de la pulpe pouvait s'en ressentir. Je n'ai pas remarqué la chose et cela ne m'est pas arrivé une fois, mais bien des fois. Nous faisons l'injection dans le périoste. Du côté de la pulpe je n'ai jamais remarqué des phénomènes d'irritation. Du côté du malade nous n'avons jamais eu d'accidents. J'ai eu deux alertes en tout, peut-être trois, et voici dans quelles circonstances: Je n'avais plus de novocaïne fabriquée par la maison Meister Lucius, c'est-à-dire novocaïne-suprarénine, mais j'avais de la novocaïne en poudre. J'ai donc fait ma solution de novocaïne et j'ai ajouté une solution d'adrénaline d'une autre marque. J'ai employé l'anesthésique ainsi préparé un jour après l'autre. J'ai relaté les accidents que j'ai mentionnés dans l'article que *L'Odontologie* a bien voulu publier.

Aussitôt l'anesthésie faite, les malades ont immédiatement éprouvé des symptômes d'angoisse, elles ont accusé une douleur très vive, une sensation comme si elles allaient mourir, une douleur au niveau du cœur, douleur extrêmement intense. J'ai dû les délacer rapidement et cela s'est passé immédiatement.

Le troisième cas que j'ai eu l'occasion d'observer n'est pas à proprement parler un accident, mais je le relate car, bien que la novocaïne ne soit pas aussi toxique que la cocaïne, il ne faut pas jouer avec les médicaments anesthésiques. Il faut savoir les conditions dans lesquelles on peut s'en servir. Mon troisième sujet était une personne qui avait fait trois heures de marche avant de venir dans mon cabinet. Elle n'avait pas mangé depuis midi et s'était fortement fatiguée. Elle venait me trouver pour une extraction..... Pour un tel cas nous faisons une anesthésie beaucoup plus forte que pour une anesthésie dentinaire. Après l'opération cette personne s'est senti faible, elle a dû rester un moment sur le fauteuil et j'ai dû la faire reconduire. Elle n'a pas perdu connaissance, elle n'a pas été inquiète elle-même, mais elle a senti ses jambes flageollantes, elle ne pouvait pas marcher.

Pour ce qui est du point de vue clinique et des symptômes qui se manifestent immédiatement après l'injection, je les ai relatés méthodiquement dans l'article que j'ai publié. Il y a une sensation d'anesthésie immédiate, les malades prétendent qu'ils ont les lèvres ou les gencives gonflées, après cela la dent pour laquelle on a fait l'injection paraît être de bois, disent-ils. Si l'injection est plus forte, si on a voulu anesthésier une incisive centrale ou une canine ou une prémolaire, pour ces dents-là il y a une paralysie dont il faut autant que

possible prévenir le malade, paralysie de la lèvre très tenace, très forte; elle dure toujours bien deux heures. Je me souviens avoir anesthésié un de mes patients pour une prémolaire inférieure. Il devait faire une conférence peu après, mais il n'a pas pu prendre la parole. Vous voyez qu'*il* est important de connaître tout cela. L'anesthésie est tout à fait comme si le malade avait été sous le coup d'une attaque d'apoplexie, la paralysie des muscles est absolument complète.

Au point de vue de la dent elle-même, il y a d'abord la sensibilité émoussée et l'insensibilité au bout d'un certain temps qui varie, j'allais dire avec la jeunesse du patient, mais cela n'est pas toujours, car j'ai anesthésié des personnes d'âge chez lesquelles l'anesthésie se faisait aussi rapidement. Cela dépend je crois du point où vous faites votre injection, si vous tombez bien au point qu'il faut, l'anesthésie se fait très rapidement.

Je n'opère pas toujours pour obtenir de l'anesthésie dentinaire, c'est souvent pour de l'anesthésie pulpaire. Je prépare donc mes mèches pour sécher mon canal, j'en prépare quatre ou cinq et le temps que j'y ai consacré suffit pour que je puisse commencer à fraiser.

De cette anesthésie résulte un avantage considérable qui est celui-ci : lorsque vous faites l'anesthésie par compression, il y a une hémorragie dans le canal qui fait que vous devez employer un certain nombres de mèches pour arrêter cette hémorragie, tandis que pour cette anesthésie à la novocaïne vous n'avez que quelques mèches à employer pour sécher l'eau que vous avez injectée pour chasser les débris. Cela vous permet de gagner beaucoup de temps.

Tout ce que je viens de vous dire, c'est tout simplement l'exposé du travail clinique, ce sont des faits que j'ai vus, que j'ai vérifiés.

Je ne puis pas vous dire comment ni par quelle voie pénètre le médicament dans le canal dentaire, parce que, comme le disait votre président ce soir, les jeunes n'ont pas toujours le temps de s'occuper de travailler à faire des recherches scientifiques. Du reste j'habite dans une petite localité près de la frontière française et je n'ai pas les éléments de travail, les livres et surtout les revues qu'on doit compulser. On a bien quelques revues, mais il est impossible de se procurer tous les éléments de travail nécessaires.

Je vous dirai encore que j'ai reçu — et ceci fait suite à la communication de M. Huet — après la publication du travail que j'ai fait, j'ai reçu, dis-je, sans le demander, de la Société Internationale de Bibliographie un paquet de fiches. Vous vous souvenez que M. Huet vous a fait ici une conférence sur les fiches bibliographiques [1]. Eh bien sans le demander, à la suite du travail que j'ai fait, j'ai reçu ceci. Toutes ces fiches concernent l'anesthésie dentinaire. Je les ai appor-

---

1. *Odontologie*, 30 janvier 1908, p. 57.

tées pour vous montrer combien cette méthode de classification est facile et utile et combien elle peut rendre de services.

M. Touchard. — Je voudrais tout d'abord, si toutefois la question n'est pas indiscrète, demander à M. Quintin de me répéter ce qu'il nous disait tout à l'heure : que M. Sauvez avait solutionné par la négative la proposition qui pouvait être faite d'anesthésier la dentine ou la pulpe par la voie gingivale. Mon oreille m'a-t-elle trompé, ou avez-vous bien dit ce fait ? Cela a une importance pour moi. Précisément votre aimable ami et collègue M. Pitot m'a dit tout à l'heure qu'il avait appris que la chose était possible par M. Sauvez à l'Exposition de Saint-Louis. Or j'ai fait une communication et je m'en suis ouvert à M. Sauvez bien avant cette époque. Il s'agit de fixer pour moi une petite question de priorité. Cette question d'anesthésie dentinaire et pulpaire, je suis enchanté que vous l'ayiez reprise et que vous ayiez fait ces expériences, que vous les ayiez confirmées par un médicament nouveau. Il importe de bien fixer ces points. Tout ce qu'a dit M. Pitot ce soir, je l'ai dit moi-même jadis. J'ai dit que toutes les injections dirigées vers l'apex donnaient de meilleurs résultats.

J'ai été l'objet, moi aussi, de sollicitations de la part de la maison Meister Lucius. Vous avez omis de dire qu'à la Société d'Odontologie deux de nos collègues, dont un professeur d'anesthésie, M. Pinet, se sont occupés de la question et ont fait une communication sur ce sujet. En ce qui concerne l'extraction des dents, MM. Pinet et Jeay s'étaient prononcés sur la valeur de ce produit à cette époque. Je n'ai pas cru devoir revenir sur la question en ce qui concerne les injections gingivales pour l'extraction des dents.

L'autre jour j'ai demandé à M. Miégeville, pharmacien de l'Ecole, de vouloir bien me donner la solution à 2 o/o que vous préconisez pour l'anesthésie. Avec beaucoup de sincérité, je vous prie de le croire, à la clinique de Sainte-Anne, nous avons fait deux injections pour obtenir l'anesthésie dentinaire sur deux cas très difficiles. Vous avez vous-même signalé que les succès et les insuccès étaient subordonnés à la résistance que le liquide pouvait rencontrer. J'ai fait une injection à une malade qui était très nerveuse. Cette injection était de deux centimètres cubes à 2 o/o. Les observations ont été notées par M. Péré. Nous avons attendu un quart d'heure, maïs, pour la première comme pour la deuxième injection, nous n'avons eu aucun résultat sérieux. J'ai fait une troisième injection avec une solution de codréine qui n'est en réalité qu'une solution de chlorhydrate de cocaïne à laquelle on a ajouté de l'adrénaline, j'ai les observations et les tiens à votre disposition si elles pouvaient vous intéresser avec un nouveau médicament appelé la « codréine » qui dissimule mal l'association de la cocaïne et de l'adrénaline. Vous-même, M. Quintin, vous nous avez dit que la profession était assaillie d'une foule de produits se terminant

en *inc*. Chaque année voit poindre un nouveau médicament. Je me rappelle à ce propos la réflexion du professeur Potain qui disait : Dépêchez-vous de vous servir d'un médicament quand il guérit. A chaque fois que paraît un médicament nouveau, nous avons toujours l'espoir de lui voir une action supérieure à celle des autres produits.

Je n'ai pas voulu prendre la parole lors de la précédente discussion sur la novocaïne parce que M. Pinet a pu donner par son autorité des conclusions plus sérieuses que je n'aurais pu le faire ? A propos de ces médicaments, et ce n'est pas un procès de tendance, que je veux faire, je n'ai aucune arrière-pensée, et si je dis tout ceci c'est pour protester un peu contre l'abandon de la cocaïne. J'ai eu moi-même l'occasion de m'en servir et jamais je n'ai eu d'accidents sérieux. Je suis arrivé avec des névropathes à constater des phénomènes que j'aurais certainement observés si j'avais fait mon injection avec de l'eau distillée. Les accidents eussent été les mêmes. Au reste, la cocaïne a régné en maîtresse sans qu'aucune plainte ait été faite par nos malades.

Avec la codréine j'ai opéré une malade que soignait un de nos élèves. J'ai fait l'injection, elle comprenait deux centigrammes par centimètre cube et une solution de chlorhydrate de cocaïne, d'adrénaline, et bien des tentatives répétées ont été faites, mais elles n'ont pas réussi : avec cette injection nous avons pu opérer sans douleur. Je vous parlais tout à l'heure de ces malades opérés par la novocaïne. Ils avaient été présents à ces extractions qui avaient été faites devant eux. Malgré cela, je vous assure qu'à chaque grattage, à chaque curettage qui a été fait, par les mêmes élèves, nous n'avons obtenu aucun résultat. Ceci est pour dire que lorsque l'on voudra enlever la pulpe il ne faudra jamais hésiter et employer pour ce faire la cocaïne adrénaline.

Je vous enverrai mon petit travail, vous le lirez, vous verrez que moi aussi j'ai fait des essais, j'ai cherché pendant longtemps, j'ai eu des succès, des insuccès et finalement j'ai fini par réussir, peut-être un des premiers avec M. Baffin qui a employé l'adrénaline pour compléter l'action de la cocaïne.

Pour en finir je dirai que la cocaïne peut avoir de très bons résultats dans l'extraction seule, mais je serais très heureux de vous voir enlever une pulpe avec le novocaïne seule.

M. Quintin. — Je le ferai demain, et très simplement.

M. Pinet. — Puisque mon nom a été prononcé d'une façon si élogieuse par M. Touchard, je ne peux pas faire autrement que de dire ceci : c'est que je suis absolument de son avis en disant que nous sommes littéralement inondés par trop de médicaments nouveaux. M. Touchard a dit avec raison que dès qu'un médicament arrive, il est tout beau, tout nouveau. Autant en emporte le vent ; car la plu-

part ne résistent pas aux épreuves de la saine expérimentation clinique.

Pour ce qui est de la novocaïne, j'en ai fait un grand nombre d'injections intra-gingivales, soit seule; soit associée à l'adrénaline : cette adjonction m'a paru inutile en ce qui concerne toutefois l'anesthésie du ligament alvéolo-dentaire : la novocaïne suffit à cette tâche. Elle ne m'a pas paru à cet égard supérieure à la cocaïne.

M. Mendel-Joseph. — Et la question de toxicité ?

M. Pinet. — Au point de vue toxique, aux doses diluées où on emploie la cocaïne, il n'y a pas d'accidents *cocaïniques* à redouter. M. Jeay et moi avons fait un grand nombre d'expériences sur la novocaïne à l'Ecole dentaire en ce qui concerne les extractions dentaires. Nous avons été les premiers en France. La novocaïne nous a semblé, dans la majorité des cas, plus lente à agir que la cocaïne ; dans un certain nombre de cas, l'anesthésie était plus prolongée. Nous n'avons pas étudié spécialement la toxicité sur nos malades : c'est par trop scabreux et mon amour pour la science ne va pas jusque-là. Cependant je dois dire que sur quelques malades débilités la novocaïne a été bien supportée.

En Allemagne nos confrères ajoutent de l'adrénaline à la novocaïne : je repousse formellement cette adjonction en ce qui concerne l'anesthésie par extraction dentaire, l'adrénaline est inutile et dangereuse. Inutile car entre autres conditions un bon anesthésique doit se suffire à lui-même ; dangereuse car son action vaso-constrictive intense, outre les accidents généraux qu'elle peut déterminer, produit par trop souvent localement des hémorragies *tardives* d'autant plus abondantes et difficiles à arrêter qu'elles sont dues aux vaso-dilatations *paralytiques.*

M. le président. — Nous remercions M. Pinet de nous avoir apporté ce soir le concours de sa haute autorité en matière d'anesthésie.

M. Péré. — Je viens d'entendre au point de vue médicament l'opinion de M. Pinet et de M. Touchard.

Il y a une question qui m'a paru très intéressante dans la communication de M. Quintin, c'est l'endroit où il fait l'injection. J'ai lu un travail il y a quelques mois, la « Pulpectomie immédiate » de Barden, dans lequel on passait en revue les divers modes d'anesthésie de la pulpe, surtout de l'anesthésie pulpaire et dentinaire par la voie intra-gingivale. Je ne me place pas au point de vue cocaïne ou novocaïne que vous venez de présenter, vous parlez d'une injection située le plus haut possible et au niveau de l'apex de la dent. Par là, dites-vous, vous aurez une anesthésie plus rapide et les vaisseaux pulpaires seront pris d'une façon beaucoup plus nette. Je ne crois pas que ce soit là le point d'élection de la piqûre étant donné que vous aurez comme obstacle la table osseuse ; ce point serait intéressant si vous

perforiez la table osseuse et dans ce cas, ce serait le procédé d'anesthésie diploïque de Nogué.

J'ai eu l'occasion de m'occuper de la technique que vous préconisez dès 1902 dans le service de M. Touchard à l'Asile Sainte-Anne.

Je tiens à mettre au point ce point de technique parce que c'est un fait très important au point de vue du résultat. Vous aurez une meilleure anesthésie, d'après mes constatations, en pratiquant comme pour l'anesthésie en vue de l'extraction, à savoir, au collet de la dent : l'anesthésie du ligament et consécutivement du paquet vasculo-nerveux apical sera plus rapide. C'est une question purement anatomique.

M. Lemière. — Je tiens à remercier M. Quintin d'avoir bien voulu nous envoyer des échantillons de novocaïne.

J'ai fait environ soixante injections et dans la majeure partie des cas j'ai eu à me louer de cet anesthésique. Ainsi j'ai souvent obtenu l'anesthésie totale des molaires ce qui m'a permis de faire la pulpectomie immédiate. Dans les autres cas j'ai obtenu une anesthésie suffisante pour pouvoir pénétrer dans la chambre pulpaire et y appliquer un pansement à l'acide arsenieux.

Au point de vue des accidents d'ordre général, je n'en ai constaté qu'une fois et de très peu de gravité : une jeune femme en état de grossesse a présenté un tremblement très intense, une demi-heure après l'injection. Je ne sais à quoi attribuer cet incident, à la novocaïne ou à l'adrénaline ? N'ayant pas de technique précise à ce moment-là, je faisais l'injection au niveau de l'apex. J'ai remarqué que lorsque l'anesthésie tardait un peu à se produire j'obtenais un bon résultat en pratiquant un massage de la région, non pas un massage dans le sens de la voie veineuse, mais un massage centrifuge très énergique. J'ai observé que plusieurs fois j'ai déterminé une anesthésie lente à reproduire par ce procédé, qui permet en outre d'employer une dose plus faible d'anesthésique.

M. Godon. — Je dois ajouter que pour ces soixante anesthésies nous avons eu à pratiquer un certain nombre de pulpectomies totales qui ont très bien réussi, notamment dans les dents uniradiculaires. Il est évident que dans les grosses molaires et les molaires inférieures, nous avons eu plus de mal et éprouvé parfois des insuccès, mais nous avons fini par obtenir des succès, notamment en employant cette dernière méthode que préconise M. Lemière. Il ne vous dit pas qu'il a diminué graduellement les doses, arrivant, comme vous l'a dit M. Pitot, à des doses véritablement infinitésimales et, malgré cela, obtenant l'anesthésie pulpaire.

Tout à l'heure je viens de voir la discussion porter avec raison sur l'influence anesthésique plus ou moins grande de la novocaïne comparativement à la cocaïne. Je suis obligé de me placer simplement sur

le terrain des faits, étant donné notre trop courte expérience. Nous avons assisté aux expériences de MM. Quintin et Pitot, à Bruxelles. Ces expériences nous ont vivement intéressés. Depuis nous n'avons cessé d'appliquer leurs méthodes avec des résultats qui nous ont émerveillés. Est-ce la novocaïne, est-ce l'association des deux médicaments novocaïne et suprarénine, telle qu'elle est préconisée, telle qu'elle nous a été fournie par M. Quintin ? Je ne me prononce pas. Je remarque qu'au point de vue clinique nous avons eu des résultats tout à fait merveilleux qui nous permettent en un temps extrêmement rapide, avec une dose de médicament qui arrive à être extrêmement faible, d'extraire des pulpes, d'obturer des cavités particulièrement sensibles, comme des caries cervicales, des caries du collet.

Nous avons un malade particulièrement nerveux qui disait : « Je ne peux pas vous voir employer votre tour sans craindre une attaque. » J'ai pu lui préparer toutes ses dents cariées avec le tour : il me disait : « Allez, marchez, je ne sens rien du tout, vous pouvez continuer. » Je lui ai préparé d'abord ses prémolaires. Nous avons eu des insuccès pour ses grosses molaires inférieures. J'ai recommencé une autre fois, un autre jour, et nous avons pu l'opérer alors avec succès.

Je me souviens que M. G. Villain, qui avait une certaine expérience de la chose, me disait : « Il faut attendre, l'anesthésie ne vient pas tout de suite. » A la suite des expériences que nous avons faites, en attendant suffisamment et d'autre part en procédant comme l'a dit M. Lemière, c'est-à-dire en pratiquant le massage, celui-ci a une influence pour hâter l'anesthésie, pour donner l'anesthésie complète. En nous plaçant au point de vue clinique seul, depuis le mois de septembre, c'est-à-dire depuis notre retour des vacances, nous avons employé ce médicament chaque fois que l'occasion s'en présentait et il nous a donné toute satisfaction. Nous l'avons employé pour préparer des dents qui devaient recevoir des couronnes et nous avons pu le faire sans aucune douleur. Le médicament me paraît intéressant. J'ai employé beaucoup la cocaïne précédemment. Je ne dis pas que je l'ai employée beaucoup avec cette méthode qu'on vous a exposée. Je connaissais la communication de M. Touchard. Je manque d'expérience pour employer son procédé avec la cocaïne. Quand je l'ai employée je n'ai pas eu assez de succès pour m'encourager à continuer à m'en servir. Peut-être que si j'avais persévéré j'aurais eu le succès que M. Touchard a obtenu.

Par contre, en employant la solution qui nous a été donnée par M. Quintin et en suivant la méthode que je lui avais vu pratiquer à Bruxelles, j'ai obtenu de très beaux succès.

M. Miégeville. — Je demanderais à M. Quintin et à M. Pitot de vouloir bien préciser la solution qu'ils emploient. Est-elle toute préparée ou bien la préfèrent-ils extemporanément ?

M. Quintin. — Je dirai tout d'abord à mon ami Touchard que ce n'est pas un travail de compilation que nous avons à faire aujourd'hui. M. Godon et M. Dreyfus, secrétaire général de la Société d'Odontologie, qui sont mes amis, ont bien voulu nous demander de faire part de nos expériences à la Société d'Odontologie. Nous n'avons pas voulu faire de travail original puisque nous avions déjà publié des articles à ce sujet-là.

Si je n'ai pas parlé des travaux de M. Pinet, je ne l'oublie pas. Je suis abonné à *L'Odontologie* depuis très longtemps et je suis toujours avec beaucoup d'intérêt ses travaux. Ce qui me paraissait très intéressant, c'était de parler des expériences de M. Touchard en raison de ce que j'avais été heureux de le voir pratiquer l'anesthésie dentinaire à l'école. Je lui disais alors : « Ce que vous venez de faire, est très bien, cela m'a vivement intéressé. Je suis en train d'étudier la question avec la novocaïne. » Il parlait déjà de la chose en 1903 ; ce que je viens de vous dire explique pourquoi je n'ai pas parlé des travaux antérieurs qui ont été faits, je m'en suis abstenu parce que nous voulions simplement dire aujourd'hui quels étaient les faits que nous avions observés pour éclairer les démonstrations qui seront faites demain. Je n'ai pas voulu ignorer M. Pinet dont j'apprécie grandement les travaux. Vous avez sur nous qui lisons ses communications l'avantage de le voir et de l'entendre, ce qui est encore bien mieux.

Cela m'amène à parler des travaux de M. Touchard, et surtout de ce qu'il voulait apprendre au sujet de M. Sauvez.

Dans un travail de M. Sauvez à l'occasion du Congrès de Saint-Louis, je crois, il émettait cette thèse que l'anesthésie pulpaire ne pouvait pas être obtenue par les injections intra-gingivales. J'ai eu l'avantage de recevoir M. Sauvez à Bruxelles l'année dernière. Mon ami Pitot se trouvait avec nous. Or quand M. Pitot fit part à M. Sauvez de ses résultats, M. Sauvez dit : Il y a Touchard qui m'avait parlé de cela en 1903, j'ai combattu son opinion alors et c'est curieux.....

M. Touchard. — Il a convaincu M. Reclus que cela n'était pas possible.

M. Quintin. — Il était sincère et je crois que c'est très honorable de sa part d'avoir reconnu que vous aviez raison.

Vous avez parlé de la codréine. Ce nom ne signifie rien, ce n'est pas un produit simple. C'est une solution de cocaïne et d'adrénaline.

Si vous employez la cocaïne et l'adrénaline, vous avez affaire à deux vaso-constricteurs, c'est-à-dire que je crois que non seulement vous avez les inconvénients des vaso-constricteurs, mais vous avez aussi en plus les inconvénients de la cocaïne.

C'est toujours ennuyeux pour un dentiste de voir se produire le moindre des ennuis. Si nous avons cité ceux que nous avons eus avec M. Pitot, c'est parce que nous voulions être sincères et exacts.

Si parfois le patient ressent un petit tremblement ou une tendance à la syncope, vous n'avez pas lieu de vous en alarmer. Avec la cocaïne vous avez d'ailleurs parfois des syncopes. C'est au reste peu de chose, vous renversez la personne et vous attendez quelques instants que ces symptômes se passent.

M. Touchard. — Ils ne se produisent jamais lorsque la cocaïne est associée à l'adrénaline.

M. Quintin. — Justement ces deux patientes dont vous a parlé M. Pitot, je les avais soignées moi-même antérieurement. Or l'une est arrivée un jour avec une pulpite suraiguë d'une dent de sagesse supérieure. Je lui fis une injection qui la soulagea instantanément. Je lui enlevai la pulpe et lui obturai ses canaux. Je ne pense pas qu'avec n'importe quel traitement, fût-il le plus doux possible, vous puissiez arriver à un résultat semblable avec les méthodes anciennes. J'estime que c'est un résultat merveilleux qu'une personne ainsi opérée n'ait absolument rien senti. M. Pitot vous a dit que les accidents qu'il avait observés étaient le résultat de l'emploi de produits qui n'étaient pas d'une marque supérieure.

Lorsque vous employez la suprarénine, vous devez employer celle de la maison Meister Lucius et vous n'aurez pas de surprises.

Je ne veux pas vous ennuyer aujourd'hui en vous donnant une idée de la préparation des alcoloïdes, des produits organo-thérapiques. C'est une préparation extrêmement méticuleuse. La chimie telle qu'elle est à l'heure actuelle n'a rien à voir là-dedans. Il y a un tour de main qu'il s'agit d'acquérir et la maison Meister Lucius a acquis ce tour de main. Je trouve que la suprarénine de cette maison est très bonne et qu'elle produit le moins d'ennuis possibles.

Je prends comme exemple encore la thyroïdine. Presque toutes occasionnent des accidents, je n'en connais qu'une seule qui soit à l'abri de ce reproche.

Quant à dire qu'il faut se servir d'un médicament tant qu'il guérit, permettez à un Belge de protester contre cette parole. C'est un bon mot, il est bien français, mais en pratique nous devons tenir un autre langage. C'est notre expérience à M. Pitot et à moi qui fait que nous insistons d'une façon particulière pour qu'on s'occupe de la novocaïne à l'Ecole dentaire. Vous avez ici un personnel d'élite et vous avez un nombre considérable d'élèves. Si on s'occupe ici de la novocaïne on arrivera à mettre son emploi au point et si notre communication arrive à ce résultat, nous en serons très heureux. Nous disons que nous commençons seulement à nous occuper de son emploi. Si la novocaïne peut être employée, appliquée d'une façon sûre, pré-

cise, exacte, et si c'est à l'Ecole dentaire de Paris que ces études sont entreprises, et si on arrive à définir d'une façon certaine et précise l'emploi de la novocaïne, nous en serons excessivement heureux. Il faut savoir se servir de la novocaïne. Je m'en vais vous montrer que M. Pitot et moi nous ne sommes pas arrivés à la perfection et qu'il y a des confrères qui l'emploient mieux que nous. Depuis que je suis arrivé à Paris, ce matin, j'ai eu l'occasion de voir plusieurs confrères de cette ville. Je leur ai dit que nous n'étions pas arrivés à employer la novocaïne d'une façon certaine pour l'anesthésie pulpaire et dentinaire..... Ils se sont mis à rire et nous ont dit que c'était là ce qu'ils réussissaient précisément le mieux.

Un de nos confrères belges nous dit un jour également : Je trouve étonnant que MM. Pitot et Quintin disent qu'ils n'arrivent pas à anesthésier les grosses molaires, je n'en manque jamais une.

M. Touchard. — Il a de la chance !

M. Quintin. — Vous avez entendu parler de M. Rosenthal, président de la Fédération nationale..... C'est un confrère excessivement adroit et minutieux dans ses opérations. Il n'est pas enthousiaste de la novocaïne. Qu'est-ce à dire ? Si M. Godon et si d'autres de vos confrères ici sont enthousiastes de la novocaïne, si M. Sauvez l'est également, il me semble qu'il y a là un terrain à travailler. Je pense qu'il est indiqué pour l'Ecole dentaire de Paris de s'occuper de la novocaïne et je forme le vœu qu'elle s'en occupe.

Mettez la pratique de l'hydrothérapie dans les mains de tous les médecins : alors que les uns en obtiendront de merveilleux résultats, les autres n'arriveront jamais à s'en servir convenablement.

Mettez un tire-nerf dans toutes les mains, les uns feront des prouesses, les autres provoqueront des abcès.

Dans des mains expertes, je pense que la novocaïne peut arriver à donner des résultats excellents. Nous serions très heureux si de la réunion d'aujourd'hui résultaient des discussions au sein du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, de façon à faire valoir la novocaïne dans le sens que nous indiquons.

M. Péré, à propos de l'injection, demandait où on devait la faire. Je vous dirai justement que je ne procède pas tout à fait comme M. Pitot.

Celui-ci dit que c'est au niveau de l'apex qu'il faut faire l'injection ; pour ma part je fais mon injection, en vue d'extractions, toujours au niveau du bourrelet gingival.

De la combinaison de tous ces modes opératoires il peut résulter un procédé qui nous donnera toute satisfaction.

M. Godon demandait si c'était à la novocaïne ou à l'adrénaline qu'était due l'action. Je crois que c'est la combinaison des deux médicaments qui nous donne les résultats que nous consta-

tons. Lorsque j'ai commencé à employer la novocaïne, je suis arrivé à pouvoir dire qu'elle était dix à douze fois moins toxique que la cocaïne, aussi je n'hésite pas un seul instant à injecter huit et dix centigrammes de novocaïne. Si c'est injecté en doses massives, certains phénomènes inquiétants peuvent se manifester. Si c'est espacé dans un temps plus ou moins long, on arrive à faire ces injections sans aucun accident.

Quant aux dangers de l'anesthésie pulpaire pour la pulpe, je ne crois pas qu'ils existent.

Quant au massage de la région gingivale, je trouve que M. Lemière a eu parfaitement raison. Cela me rappelle le procédé que mon ami M. Frey avait employé il y a deux ans dans la résection apicale. Il avait fait l'injection anesthésique et je le voyais pratiquer le massage pour activer l'anesthésie. J'avais trouvé le procédé très utile.

M. Miégeville a demandé quelle solution nous employons. Nous employons les pastilles à 5 o/o. Nous avisons à avoir une solution à 2 o/o seulement pour injecter deux centimètres cubes. Cela revient environ à 2 1/2 o/o.

M. Miégeville. — Vous stérilisez votre solution immédiatement pour l'opération ?

M. Quintin. — Oui, et dans un but de sécurité plus absolue, nous employons des pastilles.

M. Miégeville. — Vous stérilisez ces pastilles par l'ébullition ?

M. Pitot. — Ce nouveau médicament peut donner d'excellents résultats. J'ai fait quelque chose comme 2.000 injections, je n'ai jamais obtenu d'insuccès que pour les grosses molaires. Cependant au point de vue de l'endroit de l'injection, je tiens à dire ceci : c'est que je crois que là où nous ne nous entendons pas, c'est une question de dose.

M. Villain, pour l'injection, se sert d'une pastille de 5 centigrammes et dilue ces 5 centigrammes dans 1 centimètre à 1 cent. cube et demi et il fait son injection. Or, je n'ai jamais injecté autant et c'est pour cela que je n'arrive pas à anesthésier mes grosses molaires. J'injecte au maximum 1 centimètre cube d'une solution à 2, 2 1/2 o/o, c'est-à-dire trois fois moins que ce que M. Villain injecte. Pour les incisives centrales j'injecte à peine 1 centimètre cube. Il faudrait que des expériences fussent faites et qu'on indique la dose qu'il faut employer pour chaque cas.

M. Miégeville. — Est-ce la dose seule ou une raison anatomique qui vous fait agir ?

M. Pitot. — Lorsque vous avez affaire à une dent en malposition, par exemple, vous devez employer une dose plus forte.

Je dois ajouter encore un mot. On m'objecte que les personnes qui se sont servi de novocaïne jusqu'à présent, à Paris, ont fait bouillir les pastilles. Or, la maison Meister Lucius prétend que la

novocaïne ne résiste pas à l'ébullition, que cela la décompose. Par conséquent les insuccès survenus dans ces circonstances n'ont rien de très étonnant.

M. Miégeville. — La novocaïne supporte l'ébullition, c'est la suprarénine qui ne la supporte pas.

M. Pitot. — Lorsque nous préparons notre injection, nous faisons bouillir la quantité approximative d'eau, 2 à 3 centimètres cubes. J'ai toujours sous la main des pastilles, je les fais dissoudre au fur et à mesure et je me sers ensuite de l'injection ainsi préparée.

M. le président. — Messieurs, au nom de la Société et au mien, je remercie nos confrères belges qui n'ont pas craint de faire un long voyage pour venir, par cette très intéressante communication, nous apporter le résultat de leurs recherches sur cette question d'importance capitale : l'anesthésie pulpaire et dentinaire.

(A suivre.)

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

VINGT-NEUVIÈME SÉANCE ANNUELLE DE RÉOUVERTURE DES COURS [1]

(Suite.)

Technique et Médecine en Chirurgie dentaire

CONFÉRENCE DE M. FRANCIS JEAN,

Professeur à l'Ecole.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Vous me voyez tout confus d'avoir à prendre la parole devant vous et à y faire la conférence inaugurale traditionnelle.

L'honneur que m'ont fait mes collègues en me désignant pour cette mission, alors que nombre d'entre eux eussent été plus qualifiés et plus aptes à la remplir ; la difficulté de trouver dans la clinique dont je suis professeur un sujet de discours ; cette autre difficulté non moindre de donner à ce sujet assez d'intérêt pour qu'il retienne l'attention de ceux qui sont initiés à notre art et ne soit pas pour nos invités par trop fastidieux, tout cela m'a fort inquiété d'abord.

Puis j'ai pensé que le public de ce soir est aussi éclairé que bienveillant, qu'il comprendra à demi-mot et s'ennuiera en souriant s'il le faut — se souvenant que le vieux praticien qui lui parle, et qui enseigne ici depuis 1884 a eu trop de dents à meuler pour trouver le temps de polir des phrases.

Bien que je sois ici moins à l'aise qu'à la clinique qui

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 novembre 1908.

m'est chère, à cause de l'enseignement intéressant qu'on y peut donner et de l'expérience qu'on y gagne, à cause de cette leçon de chaque jour qu'on y puise, je voudrais exposer que dans notre profession, si nettement délimitée, il y a toujours quelque chose à apprendre.

Laissant de côté les détails les plus arides, c'est cependant de cette clinique que je veux vous parler ce soir.

Je voudrais, fort de l'expérience qu'elle donne, en dégager une de ces vérités générales qui intéressent la profession tout entière, et, à cette heure en particulier, demandent à être mises en lumière.

J'en ai trouvé la formule en parcourant un numéro tout récent d'une publication scientifique dans laquelle j'ai lu « qu'il ne faut attacher à la *chère technique* que l'importance juste qu'elle doit avoir dans notre profession ».

La phrase est excellente pourvu qu'on y substitue « médecine » à « technique », et en toute assurance, certain d'être d'accord avec les faits, je vous propose la formule odontologique : « qu'il ne faut attacher à la *chère médecine* que » l'importance juste qu'elle doit avoir dans notre profes- » sion. »

La clinique de chirurgie dentaire me permettra d'établir combien les exigences des études médicales complètes pour l'exercice de l'art dentaire sont exagérées.

D'éminents esprits, d'ailleurs, ont indiqué ces exagérations manifestes.

Ici même le professeur Sebileau disait : « Sachez *un peu* » d'anatomie... sachez *un peu* de physiologie... sachez *un* » *peu* de pathologie... sachez *un peu* de pathologie chirur- » gicale. » Et plus récemment encore il ajoutait : « En den- » tisterie, attardez-vous aux plus petits détails ; en méde- » cine, étudiez les grandes questions... ; quand vous serez » bien pénétrés de ces questions fondamentales, vous ap- » prendrez sans peine ce qu'il faut que vous sachiez de mé- » decine et de chirurgie spéciales. »

Le Pr Desgrez ne nous a-t-il pas dit combien trop éten-

dus lui paraissaient pour notre spécialité l'enseignement scientifique et les exigences médicales des examens! « J'ai » profité de l'expérience acquise, disait-il, pour restreindre » l'enseignement de la matière médicale, de la pharmacolo- » gie et de la thérapeutique, aux faits essentiels et à leurs » applications. »

Il est vrai que, non sans ironie, les partisans de l'enseignement médical à outrance peuvent tirer argument des dentistes ou fils de dentistes qui font leurs études médicales. Reste à prouver que ceux-ci le font pour être de meilleurs dentistes et qu'ils y réussissent.

Certes, que ceux qui le peuvent, qui en ont le loisir, s'instruisent davantage, rien de mieux, mais s'ils sont sincères, ils avoueront vite que, pour être dentiste,il faut surtout étudier l'art dentaire.

Personnellement, fort de cette conviction, j'ai voulu que mes fils donnent tout leur temps à l'étude de cet art si complexe et qu'ils s'initient à toutes les méthodes: la technique des maîtres de la profession est bonne à recueillir partout où on la trouve.

Entrons maintenant à la clinique et voyons si nous y trouvons la confirmation de ces idées.

A la clinique de chirurgie dentaire se fait la réception des malades. Dès que nous avons installé le patient dans le fauteuil d'opération et pris toutes les précautions que réclame l'antisepsie la plus minutieuse, nous procédons à l'interrogatoire d'usage: les raisons qui amènent le malade, les interventions déjà faites, les maladies générales subies; de ces indications subjectives peut déjà surgir pour nous quelque lumière sur l'affection particulière qui va nous être soumise. Nous contrôlons ensuite ces indications par l'examen le plus attentif de l'état local, nous établissons le diagnostic précis qui nous permettra d'indiquer nettement le procédé thérapeutique à employer. Nous disons quelle opération urgente est à faire: l'extraction avec anesthésie locale le plus souvent (si la carie est reconnue incurable), car,

soit dit en passant, l'anesthésie générale se restreint de plus en plus, dans notre domaine ; ou alors vers quel service spécial il faut diriger le patient. Ainsi le malade sera confié à un étudiant, soit pour la clinique d'anesthésie, soit pour le service de dentisterie opératoire, soit pour le service des travaux à pont, soit pour la clinique d'orthodontie, soit pour le service de la prothèse dentaire ou de la prothèse restauratrice, pour y recevoir, sous la surveillance des chefs de clinique et des démonstrateurs, les soins que réclame son état.

Le rôle du chef de clinique, je le rappelle à cette occasion, ne consiste donc pas, comme le croient certains, à extraire des dents.

Et si l'extraction des dents est fréquente et constitue hélas ! quelquefois un aveu d'impuissance, il faut se souvenir que presque toujours l'obligation d'y recourir vient des patients eux-mêmes. L'éducation du public, et de la classe pauvre en particulier, reste à faire sur ce point, bien que nos conseils ne manquent pas d'éclairer les malades ; trop nombreux encore sont ceux qui réclament trop tard l'intervention du dentiste. D'ailleurs le fait de ne point guérir toutes les dents malades ne nous met pas en état d'infériorité en face du médecin, qui ne guérit pas toute maladie, et laisse à regret mourir ses malades, comme à regret nous laissons mourir quelques dents.

A la clinique l'étudiant verra donc passer sous ses yeux tous les cas — et ils sont nombreux — que présentent les malades de notre dispensaire. Les indications qu'il y trouvera seront d'autant plus intéressantes que notre clientèle ici est composée surtout d'indigents, que la souffrance immédiate nous amène, qui n'ont ni la pensée, ni le loisir de réclamer par prudence, avant tout accident, l'examen de leurs dents et presque toujours se présentent à nous avec des affections dentaires graves.

Ainsi successivement nous voyons défiler les fluxions dentaires, les périodontites, les fistules gingivales ou cutanées, les pulpites, les gingivites, les sinusites ; voici la

pyorrhée, la névralgie, l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse, l'ostéite des maxillaires, l'hémorragie, etc. Soyez sans inquiétude, je ne décrirai pas ces affections, mais brièvement je veux indiquer que toutes ne réclament pas, pour être utilement traitées, des connaissances médicales complètes de la part du dentiste.

Si l'affection est d'origine purement dentaire — et le dentiste le reconnaît souvent mieux que le médecin — elle sera soignée par lui. Si elle relève, par ses origines ou sa thérapeutique, de l'ordre médical, le dentiste n'hésitera pas à solliciter l'intervention du médecin spécialiste, chirurgien, laryngologiste, etc... Et remarquons ici que dentistes non médecins et médecins-dentistes agissent de même, tant il est vrai que la science médicale de nos docteurs-dentistes les laisse, vis-à-vis de ces interventions spéciales, dans la même impuissance que les dentistes non docteurs !

Et encore, si en chacune de ces opérations nous mettions d'un côté ce qui est médical, de l'autre ce qui est technique, et artistique, nous constaterions que, même ici, l'élément médical est de beaucoup moins important que la « *chère technique* ».

Evidemment, les gingivites, les stomatites graves, les sinusites, les ostéites, les végétations adénoïdes, relèvent davantage de la science médicale, mais aussi quel dentiste hésitera, lorsqu'une stomatite présentera les lésions spécifiques syphilitiques, à envoyer le malade à un syphiligraphe, et lorsqu'une sinusite ancienne ou une manifestation cancéreuse — ou simplement inquiétante — apparaîtra, à l'adresser à un chirurgien ? Soupçonnant des végétations adénoïdes, nous ferons appel au laryngologiste, qui fera le nécessaire.

Il n'en est pas moins vrai que la technique dentaire n'a pas pour cela perdu tous ses droits, que le traitement des dents cariées, l'ablation du tartre, restent indispensables, et que la technique devra achever l'œuvre de l'intervention médicale, comme elle l'a précédée.

Voici les fluxions dentaires, les périodontites, les pulpi-

tes. Après avoir jugulé la douleur, en donnant, pour ouvrir l'abcès issue au pus — souvent par le canal radiculaire — ou en nettoyant la carie pour faire un premier pansement antiseptique, nous tenterons, s'il reste quelque couronne assez solide, ou une racine suffisamment résistante, de conserver l'organe, et, dans un de nos services spéciaux, un traitement sera institué, scientifiquement expliqué et pratiquement démontré à nos élèves. Presque tout ici est d'ordre dentaire.

Maintenant, voici la pyorrhée alvéolaire : les dents de notre patient chancellent dans des alvéoles suppurants ; la mastication est pénible et il y a danger d'auto-intoxication. La science médicale nous est nécessaire pour déterminer les causes générales. Mais toute la thérapeutique spéciale relèvera de notre technique dentaire : nettoyage des dents, curettage radiculaire, ablation des concrétions calcaires, antisepsie et hygiène buccales.

On nous amène des enfants dont les arcades dentaires sont anormales. Après examen, nous les dirigeons sur le service d'orthodontie ; là on choisira et on appliquera, suivant les règles de plus en plus précises de cette branche intéressante, l'appareil convenable. Rien de médical ici.

Nous avons donc constaté que, sauf en des cas graves et exceptionnels, la science médicale complète ne nous est pas nécessaire, mais que la science médicale restreinte nous est absolument indispensable ; en fait, c'est la science appliquée du spécialiste qui est requise.

Nous pourrions multiplier les exemples d'erreurs graves de pronostic faites par des médecins non spécialistes.

Un patient se présente à ma consultation, il a la langue blessée ; le médecin a diagnostiqué un cancer, on parle d'opération. Nous limons quelques chicots et la langue retrouve rapidement son état normal, à la grande joie du patient. Autre cas : une malade m'arrive désolée. Son médecin lui a fait extraire toutes ses dents restantes, mais a vainement tenté de faire poser un appareil qu'on ne peut ajuster et qui blesse constamment. Il diagnostique, selon

l'expression de la malade : « *une grenouillère* » *(Rires)* et parle d'opération. Il s'agissait simplement d'une saillie osseuse au niveau médian de la base du maxillaire inférieur, mais pas de grenouillette.

Je pourrais continuer, et chacun des dentistes ici présents pourrait citer des exemples analogues. Dans ces cas, un stomatologiste, me dira-t-on, aurait vu clair. J'en suis certain, mais un dentiste compétent n'aurait pas été plus embarrassé.

Nous n'avons donc jamais voulu répudier toute connaissance médicale. Notre pratique de tous les jours et les programmes de cette Ecole l'établissent nettement.

Le technicien ne doit pas ignorer que les affections du système dentaire peuvent retentir sur l'état général.

Celles-ci pourront, par exemple, provoquer un état cachectique, dû à l'auto-intoxication déterminée par des dents infectées, parfois sources de suppurations plus ou moins profuses. Cet état pourra être aggravé par des dyspepsies dont la cause sera due à une mauvaise mastication et par suite à une assimilation défectueuse, résultant de caries dentaires douloureuses.

Il doit savoir également que les affections dentaires retentissent surtout dans les régions avoisinantes. Les lésions de voisinage sont des plus intéressantes, et elles sont les plus nombreuses : des adénites, des kystes radiculaires, des névralgies faciales, des troubles de la vue, de l'ouïe, des sinusites, pourront être tributaires de la carie dentaire.

Et réciproquement on ne peut nier les effets nuisibles que l'état général peut produire sur le système dentaire. Que les lésions dentaires soient d'ordre trophique, de nature diathésique, ou des manifestations purement locales, le dentiste sera toujours qualifié pour guérir et réparer les dégâts représentés par la désagrégation des dents ou leur perte.

Mais auprès de ce domaine médical que nous avons vu

relativement si limité dans notre spécialité, quel domaine immense et bien à nous que celui de cette « *chère technique* », qui,à proprement parler, constitue le dentiste !

C'est elle qui nous apprend tout ce que renferment la thérapeutique spéciale et l'art dentaire. C'est elle qui requiert de nous cette légèreté de main, cette habileté si appréciée dans toutes nos interventions. C'est elle qui préside à tous ces travaux de dentisterie conservatrice, dont la technique comporte une variété considérable de connaissances et se traduit, tantôt par les obturations au ciment, à l'amalgame, à l'or, tantôt par l'application de couronnes, de coiffes métalliques, de travaux à pont, tantôt par des incrustations d'or ou de porcelaine.

C'est elle qui a conduit la vieille orthodontie, hésitante et empirique, jusqu'au niveau scientifique qu'elle atteint aujourd'hui et qui permet ces corrections des arcades dentaires si nécessaires à la mastication, à la phonation,comme aussi à l'esthétique de la face.

C'est elle qui, par des procédés toujours plus rationnels, nous fait réaliser ces intéressants travaux de prothèse, qui assurent aux édentés des facultés masticatoires, et qui nous permettent de restaurer des pertes de substance palatine ou vélo-palatine d'origine congénitale ou acquise.

C'est elle qui s'élève jusqu'à la restauration des maxillaires et de la face humaine mutilée par le cancer ou l'accident et restitue dents, mâchoires, nez, et, par là, possibilité de vivre au malheureux qui en perdait toute espérance.

C'est la technique qui, selon le mot de Cl. Martin, de Lyon, nous fait à la fois « ingénieur et forgeron, architecte et » tailleur de pierres ».

Par elle nous devenons fondeur, mouleur, sculpteur, bijoutier, céramiste.

Par elle nous nous élevons jusqu'à l'art et notre goût esthétique parachève ce qu'avait commencé notre instruction scientifique et technique, ainsi que notre éducation manuelle.

Comprenez-vous maintenant, pourquoi nous à qui la

longue pratique de notre art a permis d'en mesurer toutes les difficultés et d'en approfondir toute la complexité, nous nous élevons avec vigueur contre ceux qui tendent à disperser les forces de nos étudiants et à entraver le progrès de notre profession.

Vouloir imposer aux dentistes les études médicales complètes, c'est exposer notre art à sa décadence ; réclamer le doctorat pour le dentiste, c'est s'acheminer vers sa suppression.

Un médecin sans clientèle qui parlait à sa femme de faire de la dentisterie s'attirait de celle-ci cette réponse : « Comment, avoir fait d'aussi longues études pour finir dentiste ! » D'ailleurs certains dentistes mus, en sens contraire, par un état d'esprit analogue disent : « Nous sommes assez compétents pour être docteurs ».

Restons ce que nous sommes, fiers d'une profession qui a ses gloires, qui s'élève tous les jours, dont les travaux toujours plus parfaits sont de plus en plus appréciés ; qui, autant que toute autre branche de la médecine, adoucit les souffrances, qui, enfin, nous pouvons l'affirmer, s'est plus que toute autre transformée par ses propres forces, et s'est inclinée avec pitié sur les malheureux qui souffrent.

Etudiants, mes amis, ne vous laissez pas hynoptiser par les séductions médicales, ni terroriser par les rigueurs des examens d'Etat actuels.

Les réformes de l'enseignement dentaire que nous réclamons avec insistance, d'accord avec la grande majorité des groupements professionnels, doivent avoir pour résultat de faire de vous des praticiens instruits et éclairés possédant une instruction générale comparable à celle exigée pour toutes les carrières libérales.

Elles doivent vous assurer, à la fin de vos études, des connaissances pratiques et scientifiques telles que vous soyez armés pour la lutte qui s'annonce très vive, que vous soyez un démenti éclatant à ceux qui prétendent que les études médicales complètes peuvent seules faire un bon praticien.

N'oubliez pas que tous ceux qui ont créé et fait progresser notre profession furent de simples dentistes, et que certains d'entre eux ont rendu à l'art médical tout entier des services éminents. C'est un dentiste, Horace Wels, qui a découvert l'anesthésie générale, peu de temps après qu'un célèbre médecin avait affirmé qu'on ne pourrait jamais supprimer la douleur dans les opérations.

Je vous souhaite donc à tous, mes amis, de devenir de bons techniciens, des dentistes avisés, des opérateurs distingués, et de faire triompher dans notre art l'habileté opératoire, le goût, l'ingéniosité, ces qualités éminemment françaises, et le succès vous sera assuré. (*Applaudissements répétés.*)

NOUVELLES

F. D. N.

La F. D. N. a tenu le 30 novembre une assemblée générale dans laquelle elle a, en tant que Comité de propagande du Congrès de Berlin, adopté, sur la proposition de la Commission désignée à cet effet, la question à traiter en assemblée générale à ce Congrès et choisi le dentiste français qui sera chargé de la traiter. Elle a ensuite adopté les propositions de cette Commission touchant la désignation des présidents et des membres d'honneur des sections. Ces divers choix seront soumis à l'approbation du Comité d'organisation du Congrès de Berlin.

Enfin elle a procédé à la nomination d'un secrétaire adjoint, M. Barden.

Ecole et Dispensaire dentaires de Paris.

L'assemblée générale annuelle de la Société a eu lieu le 8 décembre.

95 membres étaient présents.

Après lecture de la correspondance et du procès-verbal, l'assemblée a entendu le rapport du secrétaire général, qui a exposé d'une manière très complète et très précise tous les faits intéressant le fonctionnement de la Société, de l'Ecole et du Dispensaire pendant l'année écoulée, et proposé l'adoption de conclusions portant notamment sur la confirmation des mesures prises contre un membre et la ratification des divers ordres du jour du Conseil de direction touchant les modifications aux statuts, etc. L'assemblée a approuvé ce rapport à l'unanimité moins cinq abstentions et voté des félicitations à l'auteur, M. Blatter, par le même nombre de voix.

L'assemblée a entendu ensuite le rapport du trésorier, qui a montré la prospérité de la situation financière. Ce rapport a été approuvé, également à l'unanimité moins cinq abstentions, et des félicitations ont de même été votées à l'auteur, M. Bioux, par le même nombre de voix.

Enfin il a été procédé à l'élection de dix membres du Conseil.

Ont été élus, sur 94 votants :

MM.		MM.	
Godon	par 86 voix.	Francis Jean	par 84 voix.
Touchard	— 85 —	L. Lemerle	— 83 —
G. Viau	— 85 —	Jeay	— 82 —
Desforges	— 84 —	H. Villain	— 81 —
Touvet-Fanton	— 84 —	Eudlitz	— 79 —

L'assemblée a ratifié également la nomination comme conseiller de M. Miégeville, élu par le Conseil de direction en remplacement de M. Loup, démissionnaire.

Erratum

Page 477 du dernier numéro l'imprimeur a omis de reproduire deux titres figurant dans la mise en pages du bon à tirer :

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. REBEILLARD.

REMISE DE PLAQUETTES A MM. STRAUSS ET MESUREUR.

Le premier de ces titres devait précéder le 2e paragraphe et le second le 4e paragraphe ; nous prions nos lecteurs de vouloir bien opérer cette rectification. Cette remise a été opérée par *M. Godon* et ces paroles ont été prononcées par lui, tandis que l'omission commise à l'imprimerie les fait attribuer à *M. Mesureur*.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Barrié, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé dentiste inspecteur des lycées Louis-le-Grand et Henri IV.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Henri Beumant (du Mans), D. E. D. P., dentiste des asiles d'aliénés de la Sarthe, avec Mlle Claire Brennus-Crosnier, célébré à Paris le 8 décembre.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Avis.

Le bibliothécaire de l'Ecole dentaire de Paris désire acquérir pour la bibliothèque de l'Ecole un exemplaire de la *Dental Bibliography* de Geo. Cowley, publiée en 1885 à Philadelphie, par la S. S. White Dental Mfg Co.

28e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1908 VOL. XL

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

UNE VICTOIRE ODONTOLOGIQUE

La réforme des études dentaires.

Nous apprenons à la dernière heure que le projet de réforme des études et des examens dentaires, qui était depuis si longtemps à l'étude au ministère de l'Instruction publique et qui a été adopté récemment par le Comité consultatif de médecine et de pharmacie et la section permanente, a été approuvé par le Conseil supérieur de l'Instruction publique dans sa dernière séance du 21 décembre, en même temps que le projet de réforme des études médicales[1]. On peut dire que c'est un nouveau succès odontologique.

En effet, ces réformes, dont nous pouvons dire que l'Ecole dentaire de Paris a été l'initiatrice, réalisent en partie nos principales revendications et assurent enfin la prédominance de la technique dentaire dans l'éducation du chirurgien-dentiste ; elles comprennent la suppression du certificat d'études secondaires, la création d'un stage de prothèse de deux ans avec un examen de validation du stage, l'augmentation de la durée des études, portées à cinq ans au lieu de trois, la création d'examens annuels, la réforme du troisième examen technique, le maintien du titre de chirurgien-dentiste

1. V. Compte rendu de la séance du Conseil du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris du 22 décembre 1908.

et la participation des écoles dentaires et des chirurgiens-dentistes aux examens, etc.

Les décrets qui consacrent ces importantes réformes seront très certainement promulgués quand paraîtront ces lignes. Nous les publierons dans notre prochain numéro en même temps qu'un article sur les conséquences qui pourront en résulter pour l'évolution de la profession dentaire en France.

Mais nous ne voulons pas attendre plus longtemps pour applaudir à cette réforme, remercier tous ceux qui y ont participé et nous féliciter particulièrement de cet heureux résultat, qui constitue une étape nouvelle dans le progrès odontologique auquel le Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France peut être fier d'avoir si largement contribué.

LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES CINQ MOUVEMENTS APPLICABLES A LA MOBILISATION DES DENTS EN ORTHODONTIE

Par BERTRAND DE NÉVREZÉ,
Ancien interne des Asiles de Paris,
Ancien élève des Ecoles dentaires de Paris, de Chicago et de Philadelphie.

(Suite et fin [1].)

Nous étudierons successivement les appareils spéciaux pour :

1° Le traitement des dents incluses et des dents en infra-occlusion *(Extrusion locale)*;

2° Le traitement des malocclusions entr'ouvertes (extrusion partielle ou des six dents antérieures) ;

3° Le traitement de la polyarthrite traumatique des six dents antérieures (malocclusion trop basse, close bite) ;

4° Le traitement des malocclusions trop basses simples, (extrusion généralisée de toutes les dents inférieures le plus souvent) ;

5° Abrasion mécanique des dents inférieures (due à une malocclusion basse de quelque cause que ce soit) ;

6° Le traitement des malocclusions trop basses compliquées de rétrusion ou de protrusion d'un seul ou des deux maxillaires à la fois.

C) APPLICATIONS ORTHOPÉDIQUES DE L'EXTRUSION.

1° *Traitement des dents incluses dans le maxillaire.* — L'extrusion est alors le mouvement indiqué par excellence ; et dans le cas où la dent a été vue par radiographie incluse

1. V. *L'Odontologie* du 15 décembre 1908.

dans le maxillaire, le plus simple est de l'aller chercher chirurgicalement en ouvrant son lit osseux. On pratique une cavité dans la *dent* et dans cette cavité ainsi formée on cimente un crochet (cas d'Angle).

Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à cette opération mutilante.

Dans un cas personnel chez une fillette âgée de 14 ans il m'a suffi de faire l'espace au niveau de la dent manquante pour que quelques mois plus tard j'aie pu voir apparaître les deux secondes prémolaires supérieures, dont la place était prise par les premières molaires déjà avancées et ayant pris la place des deuxièmes prémolaires.

Une bande cimentée sur chaque couronne termina rapidement l'éruption de ces deux dents à l'aide d'un anneau élastique intermaxillaire ;

2° *Traitement d'une dent en infra-occlusion.* — (Extrusion locale.)

Il est en somme assez simple : une bande d'action et deux bandes de réaction formeront l'appareil en question ; un caoutchouc intermaxillaire jouera le rôle de force mobilisatrice. C'est l'extrusion localisée à une dent ;

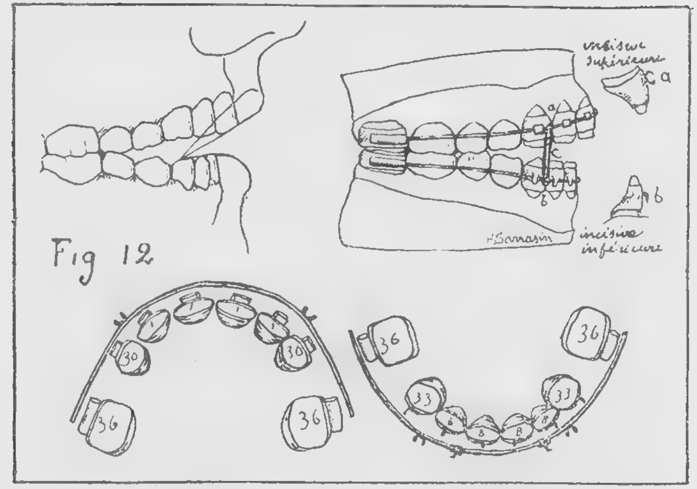
3° *Traitement de plusieurs dents contiguës en infra-occlusion.* — (Et particulièrement extrusion localisée des six dents antérieures du maxillaire supérieur) (Open bite) (fig. 12).

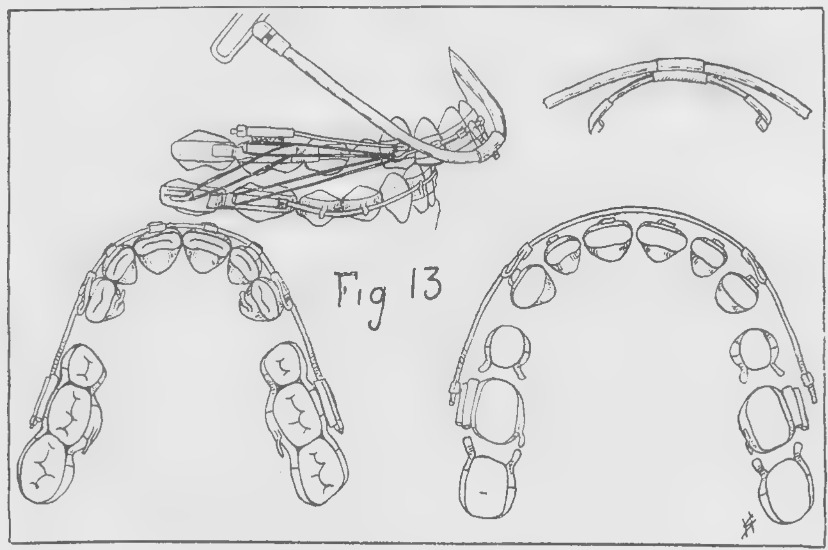
Ce cas se présente le plus fréquemment sous la forme d'une malocclusion entr'ouverte à la partie antérieure. C'est ce que les Américains appellent open bite, dont la traduction littérale signifierait (occlusion ouverte).

Dans certains cas, les dents postérieures (bicuspides et molaires) sont seules en rapport et articulent, tandis que les dents antérieures restent éloignées les unes des autres.

Dans d'autres cas plus rares, les dernières molaires des deux maxillaires (deuxième ou troisième molaire suivant le cas) sont seules en occlusion.

Le traitement se compose de deux temps :





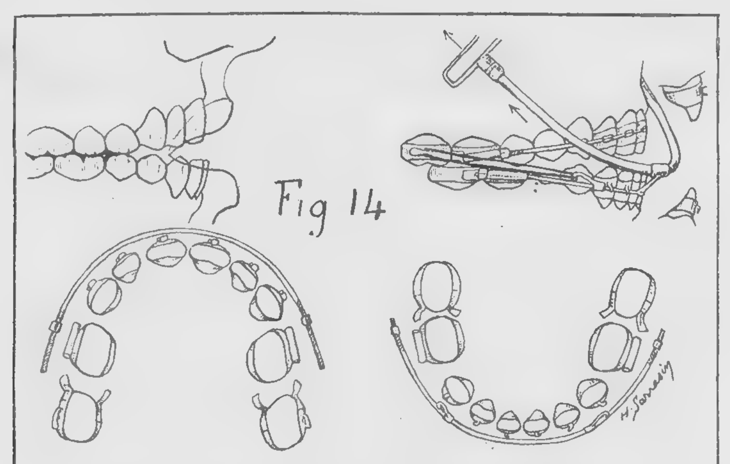


Fig. 12. — Traitement de la malocclusion entr'ouverte (d'après Case).

Fig. 13. — Traitement de la malocclusion trop fermée compliquée de protrusion du maxillaire supérieur avec maxillaire inférieur normal (d'après Case).

Fig. 14. — Traitement de la malocclusion trop fermée compliquée de protrusion du maxillaire inférieur avec maxillaire supérieur normal (d'après Case).

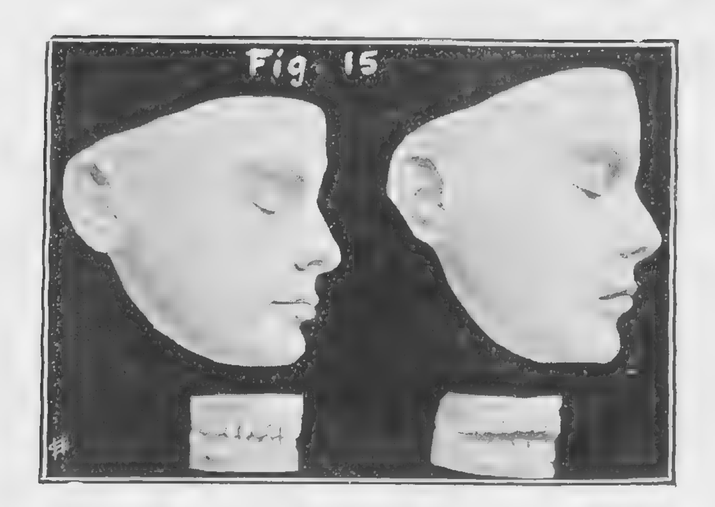




Fig. 15. — Cas de malocclusion trop basse généralisé (d'après Case).
Le modèle de droite représente le résultat du traitement orthopédique.
Fig. 16. — Cas de malocclusion trop basse généralisé, compliquée de rétrusion bi-maxillaire.

1er temps. — Réduction de la hauteur des molaires articulantes par meulage de leur face occlusale, allant même, s'il est nécessaire, jusqu'à la dévitalisation de la dent et l'amputation de la couronne. Cette réduction est particulièrement indiquée quand on n'a que les dernières molaires en occlusion.

2e temps. — Extrusion des six dents antérieures.

(Les autres complications comme mal-alignement, protrusion, rétrusion, malocclusion disto-mésiale, sont traitées en même temps par les appareils spéciaux à chacun de ces cas.)

L'auteur préfère commencer la correction d'une occlusion entr'ouverte par meulage des dents postérieures plutôt que de faire une extrusion considérable des dents antérieures parce que, après cette mobilisation, les dents antérieures sont toujours excessivement difficiles à retenir en place.

Quelquefois aussi une lèvre petite, courte, est fréquemment une contre-indication à l'extrusion trop accentuée des incisives supérieures.

Quand la malformation dento-faciale est nettement limitée aux six ou huit dents antérieures et supérieures, on peut pratiquer l'extrusion de ces dents et les amener au contact des dents inférieures, et cela sans toucher aux couronnes des dents postérieures.

La figure 13 montre un arc supérieur dont les extrémités reposent dans des tubes soudés sur les bandes des molaires : cet arc est attaché aux dents à redresser par des crochets ou des tubes ouverts.

A l'arc inférieur des crochets seront soudés à l'étain dans la portion antérieure ; on pourra en faire autant à l'arc supérieur.

On aura soin de prendre pour le bas un ancrage solide et d'englober dans l'appareil le plus de dents possible pour avoir une réaction (représentée par tout le maxillaire inférieur) supérieure à l'action (représentée par les six dents antérieures et supérieures).

Entre la puissance et la résistance, les éléments intermédiaires seront représentés par des anneaux de caoutchouc d'Ash par lesquels s'exercera la force intermaxillaire.

Une fois le haut et le bas en parfait alignement, on appliquera l'appareil de rétention de Case formé de six demi-bandes postérieures. Mais on aura soin de le rendre plus efficace en le complétant de la façon suivante.

A l'appareil ordinaire de rétention on soudera deux crochets pour l'attachement d'anneaux élastiques dont l'emploi devra être continué tant qu'il y aura tendance au retour à la position première.

Cette difficulté de rétention sera évidemment proportionnelle à l'importance de la correction, au nombre de dents comprises dans cette difformité et à l'âge du patient.

La fig. 14 nous représente encore une *malocclusion entr'ouverte, mais compliquée de protrusion du maxillaire inférieur.*

Le traitement consiste :

1° A réduire la protrusion inférieure par l'ancrage intermaxillaire renforcé de l'ancrage occipital ;

2° A faire l'extrusion des incisives supérieures.

4° *Traitement de la polyarthrite traumatique des 6 dents antérieures.* — (Cas personnel.)

Il s'agissait d'une malocclusion trop basse généralisée chez une femme de 30 ans, causée par l'extraction des quatre premières molaires à l'âge de 14 ans. Extraction soi-disant préventive des malocclusions antérieures.

1° Au point de vue local cette malocclusion se caractérisait par une séparation de 3 à 4 millimètres entre les deux incisives centrales supérieures ;

2° En outre, on constatait un ébranlement, avec mobilité anormale des six dents antérieures avec maximum au niveau de la centrale gauche ; de plus, suppuration importante au niveau des alvéoles ; on voyait enfin, en examinant avec soin, que les dents inférieures, complètement cachées par les supérieures, venaient heurter contre les incisives supérieures qu'elles avaient profondément ébranlées et séparées les unes des autres surtout au niveau des deux centrales ;

3° Au point de vue facial enfin on constatait un véritable affaissement de la partie inférieure de la physionomie avec diminution anormale de la distance naso-mentonnière.

Le traitement a consisté :

1° A estamper pour les deux secondes molaires inférieures deux calottes d'or que je cimentai sur les deux couronnes en question ;

2° Profitant de ce que les incisives inférieures n'étaient plus en contact avec les supérieures, je resserrai les incisives centrales par des ligatures de soie successives, jusqu'à ce que l'espace entre les deux centrales eut disparu ;

3° Actuellement un appareil de rétention de Case maintient les quatre incisives en bonne place et la consolidation après un an est déjà absolument parfaite ; les prémolaires supérieures ont fait leur mouvement d'extrusion compensateur et sont en occlusion parfaite avec les prémolaires supérieures.

5° *Abrasion mécanique et rapide des incisives inférieures par malocclusion trop basse généralisée.* — Ces cas peuvent se produire sous deux conditions différentes :

1° Ou bien il manque deux ou trois molaires des deux côtés, en bas ou en haut, et le malade mangeant continuellement et uniquement sur ces incisives en détermine l'usure mécanique rapide.

Cette usure se complique souvent de bruxomanie ou grincement des dents pendant la nuit et se trouve de ce fait augmentée.

Le traitement consiste alors à relever l'articulation et à restaurer l'occlusion par un bridge de chaque côté.

On pratique ensuite l'extrusion des prémolaires s'il y a lieu.

2° Ou bien la dentition est intacte ; seulement, les dents postérieures sont en intrusion et souvent les antérieures sont en extrusion. C'est une des formes de la malocclusion trop basse généralisée (close bite des Américains).

Dans ce cas on a souvent une usure avec abrasion mécanique, quelquefois bruxomanie ou grincement des dents, quelquefois tendance au prognathisme inférieur.

Le traitement consiste à relever l'occlusion par deux plaques d'or estampées en forme de calottes sur les deux molaires inférieures de chaque côté.

6° *Extrusion généralisée de toutes les dents d'un maxillaire et en général du maxillaire inférieur.* — C'est le traitement de la malocclusion trop basse généralisée ou de l'occlusion fermée ou (close bite) des auteurs américains (fig. 15).

Cette variété consiste en ce que toutes les dents à la fois en avant et en arrière sont nettement trop courtes par rapport à l'harmonie dento-faciale.

En dehors de cela les dents peuvent être en parfait alignement, en bonne occlusion mésio-distale (tubercule mésial de la première molaire supérieure tombant au milieu de la première molaire inférieure entre le tubercule mésial et distal externes). Si bien que lorsque les maxillaires sont maintenus légèrement écartés avec les lèvres bien posées pendant l'élocution ou le rire, on ne peut pas croire à l'existence d'une difformité.

Mais quand les maxillaires et les dents sont au contact et articulent entre eux, la physionomie devient disgracieuse, donne l'impression de femme âgée comme chez les patients édentés. Cela est dû à un raccourcissement de la distance qui sépare le nez du menton et cette diminution de longueur donne l'impression d'une trop grande abondance de tissus mous au niveau des lèvres et de la bouche.

La fig. 15 montre le modèle de profil et les dents en occlusion, mais ce modèle ne donne qu'une faible idée de la malformation qui défigure la face de la patiente.

A droite les maxillaires sont entr'ouverts et on peut voir que l'excès des tissus mous aurait permis une ouverture deux fois plus considérable sans diminuer l'esthétique de cette face, bien au contraire.

C'est ce modèle qui a été fait pour montrer la position et le contour que l'auteur désire obtenir.

Le traitement consiste à placer quatre couronnes sur les premières molaires pour ouvrir les maxillaires de la moitié de la hauteur désirée, pour commencer ; on transforme ainsi le cas en une malocclusion entr'ouverte que l'on traite comme précédemment.

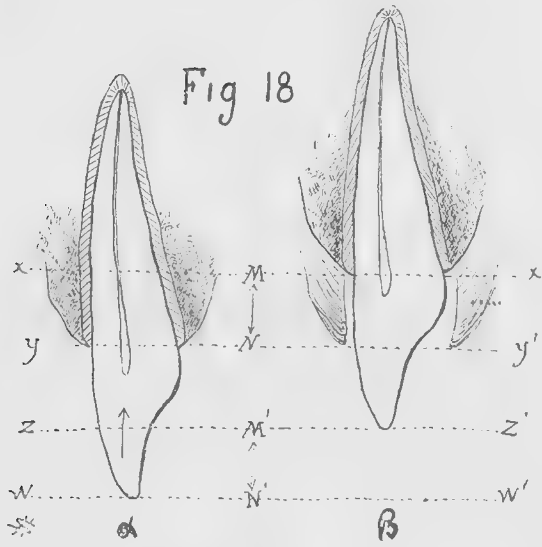


Fig. 18. Schéma du mécanisme de l'intrusion. La distance M N montre la hauteur dont la dent est rentrée.

α Etat primitif. β Etat de la dent après l'intrusion.

Fig. 19. Malocclusion trop basse compliquée de protrusion du maxillaire supérieur avec maxiliaire inférieur normal, mais présentant les incisives en supra-occlusion et les dents postérieures en infra-occlusion (d'après Case).

1. Appareil en place avec les couronnes sur les grosses molaires.
2. Appareil vu de face.
3, 4, 5. Profil du modèle de plâtre.

A, B. Molaires. C. Incisives. D. Prémolaires.

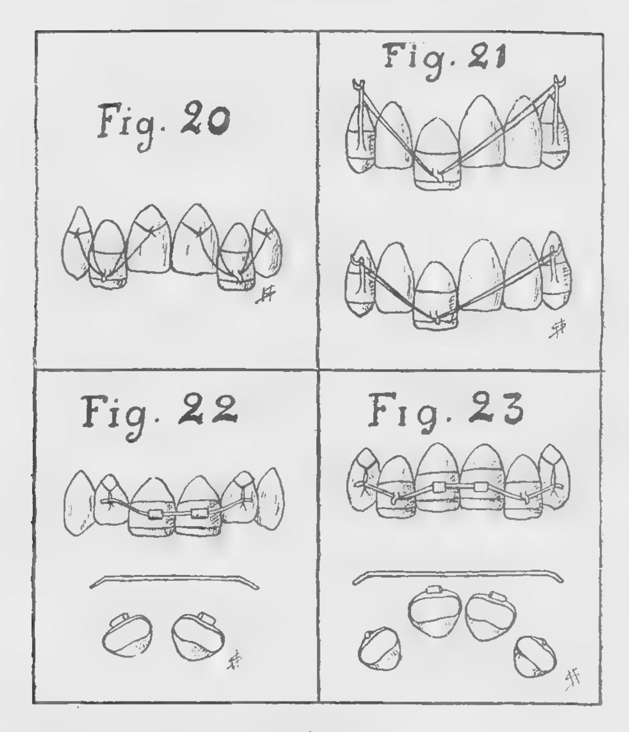


Fig. 20. Intrusion des incisives latérales.
Fig. 21. Intrusion d'une incisive centrale.
En haut face vestibulaire.
En bas face linguale.
Fig. 22. Intrusion des deux centrales (d'après Case).
Fig. 23. Intrusion des deux latérales (d'après Case).

Les bicuspides et incisives des deux maxillaires sont bandées, avec un tube et crochets pour recevoir un arc de maillechort.

L'arc porte lui-même des crochets pour servir à attacher les anneaux élastiques intermaxillaires de façon à faire l'extrusion des dents uniformément et à traiter ce cas particulier comme une malocclusion entr'ouverte.

Calvin Case préconise, en outre, l'attachement d'élastiques disto-mésiaux intermaxillaires, car il est nécessaire, au cours du traitement, de resserrer et de fermer les espaces interdentaires, les dents ayant une tendance continuelle à s'espacer.

7° *Traitement des malocclusions trop basses, compliquées de double rétrusion du haut et du bas* (fig. 16, cas personnel).

La jeune fille en question âgée de 24 ans s'est présentée à moi pour la correction de la difformité dento-faciale suivante :

I. — *Au point de vue facial*, on constate :

a) Une disparition presque complète de la lèvre inférieure sous la lèvre supérieure au point que le profil photographique de la malade laisse à peine soupçonner cette lèvre inférieure.

b) Un raccourcissement notable de la distance naso-mentonnière, qui est évidemment trop courte dans le cas présent pour être en harmonie avec les autres traits de la figure.

II. — *Au point de vue dentaire.*

Les deux maxillaires étant en occlusion on ne peut apercevoir les incisives inférieures qui sont cachées par les supérieures. Les incisives supérieures elles-mêmes présentent une protrusion des apex avec rétrusion des couronnes.

Si l'on examine chaque maxillaire en particulier, on voit :

1° *En bas*, que la deuxième prémolaire inférieure droite a été extraite. Sa place est occupée par la première prémolaire qui a reculé.

Que la deuxième prémolaire inférieure gauche est en complète linguo-occlusion et que sa place est complètement occupée par la première prémolaire gauche qui a reculé également ;

2° *En haut*, on constate l'absence de la canine supérieure droite extraite par un confrère pour éviter une soi-disant difformité.

La première molaire supérieure gauche manque également : extraite il y a quelques années.

En résumé, le diagnostic de la cause de cette double rétrusion s'impose.

Elle est due à l'extraction intempestive de plusieurs dents,

si importantes pour l'harmonie faciale que je suis obligé actuellement de les remplacer et de les remettre dans la continuité de l'arcade dentaire du haut et du bas.

Le traitement a consisté :

1° A élever l'articulation d'un centimètre de hauteur par des couronnes sur les molaires inférieures. On peut voir l'amélioration que cette première opération détermina dans la photographie n° 2 de la patiente.

2° (*a*) Pour le maxillaire inférieur, à remettre à sa place la deuxième prémolaire inférieure gauche et à refaire l'espace pour remplacer la deuxième prémolaire inférieure droite.

b) Pour le maxillaire supérieur, à refaire l'espace pour remplacer la première molaire supérieure gauche et la canine supérieure droite.

Enfin, une fois les précédents résultats obtenus, il reste, après l'extrusion des bicuspides inférieures qui s'est produite depuis six mois, à faire la même opération pour les grosses molaires inférieures.

Le résultat obtenu au point de vue facial est représenté par la photographie n° 3 de ma patiente.

8° *En prothèse fixe.* — On est constamment obligé, pour les cas de bridges et couronnes, d'élever l'occlusion, soit que l'on ait affaire à une malocclusion trop basse généralisée, soit qu'on se trouve en présence de cas d'extrusion pathologique qui entravent l'opérateur ou rendent même tout appareil impossible.

Dans l'opération du relèvement de l'articulation si utile en prothèse fixe (bridges et couronnes) il s'agit simplement de limiter cette extrusion pathologique, disons compensatrice en pareil cas. Elle devient dès lors thérapeutique.

Il en résulte la formation d'une série de néarthroses des articulations alvéolo-dentaires dans un plan différent du plan occlusal primitif (plus bas pour les dents supérieures, plus haut pour les dents inférieures).

C'est le type de l'extrusion provoquée, mais lente.

En conclusion, l'extrusion est un des mouvements les

plus utiles en art dentaire. On l'applique plus spécialement à la mobilisation des dents en orthodontie fixe : 1° dans les cas de dents en infra-occlusion ; 2° dans les cas de malocclusion entr'ouverte et de malocclusion trop basse généralisée, compliquée ou non, etc.

Il est utilisable en outre en prothèse fixe, c'est-à-dire dans les bridges pour la construction desquels l'élévation de l'occlusion est indiquée.

Il est utilisable enfin en dentisterie opératoire où, dans certaines malocclusions trop basses, certaines obturations ou couronnes de porcelaine placées sur des dents antérieures sont sujettes à un trop grand effort pendant la mastication.

II. — L'intrusion.

L'intrusion est un mouvement : 1° *de la dent ;* 2° *de son ligament ;* 3° *de son alvéole,* dans le sens de son axe mais de la couronne vers l'apex.

C'est le mouvement inverse de l'extrusion, c'est l'*enfoncement de la dent* des auteurs français.

Par suite de la direction des fibres ligamenteuses dirigées obliquement de la racine vers l'alvéole et de l'apex vers le collet, le mouvement d'intrusion rencontrera une très grande résistance pendant la mobilisation ; d'autre part la résorption osseuse qu'on fait subir au procès alvéolaire sera un autre facteur de difficulté.

Par contre, il en résultera immédiatement une plus grande facilité de rétention, car, une fois l'os résorbé, le lit nouveau de la dent le retient très aisément.

En somme, l'intrusion nécessite la compression, l'écrasement et la résorption immédiate de l'élément osseux des tissus alvéolaires.

L'extrusion, au contraire, débute par la simple élongation des fibres élastiques.

La résistance qu'opposent l'os et les fibres ligamenteuses nécessite une force de mobilisation immédiatement puis-

sante et plus continue que dans le mouvement d'extrusion.

Comme pour l'extrusion, nous étudierons :

a) La physiologie pathologique.

b) Le mécanisme.

c) Les applications orthopédiques.

A) Physiologie pathologique.

Elle est moins bien connue, et peu étudiée par les auteurs qui se sont occupés de cette question.

Cela vient de ce que la pathologie des dents et des maxillaires ne nous renseigne pas à ce sujet, car l'intrusion n'est jamais un mouvement compensateur comme l'extrusion.

Dans la polyarthrite chronique (pyorrhée alvéolaire) où l'intrusion est praticable quelquefois, l'alvéole présente déjà des modifications pathologiques dont le principal symptôme intéressant, au point de vue qui nous occupe, est une absorption ou résorption du rebord de l'alvéole.

On s'en aperçoit à ce que la dent est visible au delà du collet, souvent jusqu'au cément, et même y compris quelquefois la moitié du cément.

Il est donc difficile de faire la part dans cette résorption de la lésion causale due à la polyarthrite et de l'opération de l'intrusion.

Néanmoins il est permis de supposer que le phénomène inverse de l'extrusion se produit et il est logique d'admettre qu'il se produit une résorption alvéolaire non seulement du fond de l'alvéole, mais aussi de ses bords au niveau du collet de la dent.

Un cône dur et résistant tel que la racine doit fatalement, en s'enfonçant dans l'os, déterminer une pression uniforme sur tous les points de l'alvéole et en amener ainsi la régression uniforme aussi par résorption.

Nous verrions donc, en supposant cette hypothèse démontrée, que l'intrusion s'accompagne de modifications alvéolaires exactement inverses de celles déterminées par l'extrusion. Et ce qui pourrait encore donner à cette hypo-

thèse une valeur de plus, c'est ce fait que, en pathologie des dents et des mâchoires, l'alvéole est toujours fonction de la dent.

Certains auteurs ont admis qu'il était possible, sous l'influence d'une occlusion trop basse, que les dents et particulièrement les molaires subissent un certain degré d'intrusion.

Nous avons entendu récemment soutenir cette affirmation.

Cela paraît improbable et est nié d'une façon absolue par les orthodontistes américains tels que Case, Angle, etc. Il se produit dans ces cas de l'usure mécanique ou abrasion des dents, mais non de l'intrusion.

L'occlusion ne représente pas une forme continue suffisante pour amener l'intrusion.

Les mouvements masticatoires sont, eux aussi, incapables de la provoquer pour la même raison.

On sait d'une part par l'expérience clinique que ce mouvement ne s'obtient que par compression continue et résorption de l'alvéole.

Enfin, d'autre part, il est des cas (malocclusion entr'ouverte ou openbite) où il n'existe que les deuxièmes molaires supérieures articulant avec les premières molaires inférieures.

La mastication ne s'opère donc, pendant des années et des années, que sur ces deux dents molaires, une seule de chaque côté dans chaque maxillaire, et la clinique nous apprend, au contraire, que la dent ne subit aucun mouvement d'intrusion même après des années de malocclusion, mais seulement un peu d'usure mécanique (C. Case, *Dental Cosmos,* décembre 1905).

Cette constatation montre encore bien la nécessité, pour faire l'intrusion d'une dent, d'une force puissante et continue.

La fig. 18 nous montre le stade initial et terminal avant et après l'intrusion. La partie quadrillée figure la zone osseuse résorbée au stade terminal II.

B) Mécanisme de l'intrusion thérapeutique.

Au point de vue mécanique les moyens de mobilisation sont très différents de ceux de l'extrusion, parce que, dans ce cas, l'ancrage intermaxillaire est inutilisable et que l'ancrage dentaire simple est seul possible.

En pratique, l'intrusion ne s'adresse qu'à cette partie de l'arcade en rapport avec la vision et se trouve limitée dans ses applications aux six dents antérieures monoradiculaires, dans la très grande majorité des cas. L'amputation de la couronne, partielle ou totale, est la règle pour les dents postérieures (prémolaires et molaires) à très peu d'exceptions près.

1° *L'action.* — Pour ce qui concerne la dent à mobiliser elle-même, le point d'appui ou d'attache du caoutchouc ou du fil de soie ou du fil métallique est *uniquement au rebord incisif ou occlusal* ou aussi près que possible de ce rebord, (position occlusale) et cela dans tous les cas (fig. 20 c et fig. 21 a).

Quand l'on veut enfoncer un clou, on frappe sur sa tête, ou aussi près de sa tête que possible quand il est courbé ou tordu.

2° *La réaction.* — Pour ce qui concerne les dents qui forment la résistance, deux cas sont possibles.

a) Le crochet ou anneau formant point d'attache est situé au niveau du rebord gingival, au collet de la dent *(position cervicale)* ou aussi près que possible. C'est la meilleure position : 1° quand on se sert de ligatures de soie comme moyen d'action ; 2° c'est aussi celle que l'on prend, quand il faut pratiquer l'intrusion en masse de toutes les dents antérieures à l'aide de l'arc métallique rétropulseur (appareil de Case).

b) Le crochet peut être porté en *position apicale* par l'intermédiaire d'une potence verticale.

Ce procédé, ainsi que nous l'avons déjà vu au chapitre de l'extrusion, augmente considérablement la tension de l'an-

neau de caoutchouc et donne une qualité d'action infiniment plus effective.

C) Applications orthopédiques.

A. — *Description de l'appareil de Case pour l'extrusion des dents postérieures et l'intrusion des dents antérieures.* (Fig. 19.)

a) L'action. — Les incisives sont entourées de bandes cimentées et les crochets ouverts du côté du bord incisif sont soudés aussi près que possible de ce bord incisif en avant de ces bandes.

b) La réaction. — Les prémolaires ont au contraire un crochet tourné du côté de la racine et situé aussi près que possible du collet de la dent.

c) L'arc intermédiaire entre l'action et la réaction. — Il glisse dans des tubes soudés aux premières grosses molaires, l'extrémité filetée est munie d'un écrou rétropulseur. Enfin il repose par sa partie courbée dans les différents crochets des incisives et des prémolaires.

Lorsqu'on serre l'écrou rétropulseur, il se produit un mouvement à la fois d'intrusion des incisives et d'extrusion des prémolaires, cet arc métallique ayant une tendance à redresser sa double courbe.

B. — *Intrusion d'une incisive.* (Fig. 20 et 21.)

Le crochet ou anneau formant point d'attache est à l'extrémité d'une potence, elle-même soudée à la bande (position apicale b).

Cette position est surtout très favorable quand on a besoin de créer une force continue et puissante comme cela est nécessaire chez les adultes.

On obtient alors une tension continue à l'aide d'un anneau de caoutchouc fixé d'une part à la dent (incisive centrale par exemple) et d'autre part à l'extrémité de la potence de la canine.

Un autre caoutchouc symétrique est toujours nécessaire de l'autre côté, fixé à la canine, afin d'éviter toute rotation (*b*).

Cet anneau peut n'être mis en position qu'au domicile du malade ou même seulement pendant la nuit, suivant les conditions sociales et les exigences de l'esthétique (au gré du patient).

Quelquefois même il faut mettre deux anneaux en arrière, semblables aux antérieurs, pour éviter tout mouvement de protrusion.

J'ajoute que l'on est quelquefois encore obligé de faire un ancrage de deux dents, canine et prémolaire, afin d'éviter leur extrusion, qui a toujours une certaine tendance à se produire.

En résumé, l'intrusion est un mouvement plus difficile et plus lent à obtenir que le mouvement inverse, l'extrusion, à cause de la direction des fibres articulaires qui s'opposent mécaniquement à ce mouvement de pénétration dans l'os — à cause aussi de la résistance opposée par l'os, qui doit nécessairement se résorber au point et au moment même de la pression.

Il a des indications bien plus restreintes également, puisqu'il ne s'adresse presque qu'aux incisives inférieures et supérieures ; sa mobilisation est donc difficile, la rétention, plus facile que pour l'extrusion, est longue.

On voit donc que ce dernier mouvement est très différent d'importance, comparativement à l'extrusion, cela tient à ce que le premier est presque physiologique, tandis que le second est totalement orthopédique et thérapeutique.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de 7 novembre 1908.

(Suite et fin[1].)

IV. — L'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE, PAR M. ROY.

M. Roy. — L'année dernière j'ai déposé sur le bureau de la Société d'Odontologie un vœu qui a été adopté par cette Société au sujet de l'hygiène dentaire scolaire. J'appelais à ce moment votre attention sur l'importance qu'il y avait à la réalisation de ce vœu et je vous expliquais le rôle important que la Société pouvait et devait jouer dans cette question.

Je vous disais que je me proposais de revenir, si cela était nécessaire, à diverses reprises sur ce sujet, de façon à ce que la Société d'Odontologie intervînt constamment auprès des Administrations publiques. Je disais qu'il fallait frapper sur le clou pour l'enfoncer et que ce ne sera qu'à force de frapper sur le clou, à force de talonner les Administrations publiques, nous pourrions arriver à un résultat.

Je m'aperçois qu'avant d'enfoncer le clou dans les Administrations publiques, il faudrait l'enfoncer dans le crâne du bureau de la Société d'Odontologie; car, si la Société a bien voulu, sur ma proposition, adopter un vœu sur l'hygiène dentaire scolaire, je crois bien que ce vœu est resté sans effet pour notre bureau et qu'ainsi la partie la plus importante de ce vœu n'a pas été remplie, puisqu'il n'a pas été porté à qui de droit, ce qui est la seule façon de le faire aboutir.

Or, depuis l'année dernière, des événements importants se sont produits. Nous avons eu la circulaire du Ministre de l'Instruction publique, au sujet de l'inspection dentaire dans les écoles normales et la conférence si intéressante de M. Lamy qui est venu, avec une clarté que nous avons tous applaudie, montrer toute l'importance de cette question. Ces faits nous ont prouvé que les corps constitués commençaient à s'intéresser à cette question et qu'il était opportun de les presser de nouveau de façon à obtenir un résultat plus grand que celui que nous avons eu jusqu'à présent. En outre, le Congrès d'hygiène scolaire va se tenir en 1910 et les questions d'hygiène dentaire vont y prendre, comme vous l'a dit M. Lamy, une importance assez considérable.

1. V. *L'Odontologie* du 15 décembre 1908.

Il y a donc opportunité à ce que nous renouvelions aujourd'hui le vœu que nous avons émis l'année dernière. Mais il faudrait alors que ce vœu ait un résultat effectif et qu'il soit remis aux Administrations publiques qu'il intéresse. Je suis tellement convaincu de l'importance de cette question de l'hygiène dentaire scolaire que je ne cesserai d'y revenir et, dussé-je vous ennuyer, je me propose bien l'année prochaine d'en reparler si ce vœu n'a pas été porté auprès des corps constitués. Du reste, même s'il a été porté, je vous redemanderai de le voter à nouveau pour que nous fassions une nouvelle démarche, au moins une par an, pour forcer par notre insistance les portes des Administrations publiques. Cette question de l'hygiène scolaire a une importance colossale, car c'est à elle qu'est liée dans une certaine mesure l'extension de la profession dentaire. J'ai dit bien des fois qu'il n'y avait pas assez de dentistes, j'en voudrais en effet voir même dans les plus petites bourgades. Mais si je demande qu'il y ait un plus grand nombre de dentistes, cela ne veut pas dire que je veux qu'ils meurent de faim. Je veux qu'il y en ait beaucoup parce qu'il y aura beaucoup de malades à soigner.

On peut poser en principe que, plus il y aura de dentistes dans un pays, moins il y aura de médecins, car le rôle du dentiste est de restreindre le rôle du médecin par l'hygiène qu'il développe et par l'entretien de la bouche et des dents. Donc, cette question de l'hygiène dentaire scolaire a une importance énorme au point de vue social et non moins grande au point de vue du développement professionnel. Aussi je vous demande d'adopter à nouveau le vœu qui a été émis l'année dernière en y ajoutant un paragraphe que j'avais oublié l'an passé, pour demander au bureau de la Société d'Odontologie de faire parvenir ce vœu aux Administrations publiques.

Mon vœu sera donc ainsi conçu :

« *Considérant l'importance de l'hygiène dentaire tant à son point de vue particulier qu'au point de vue de l'hygiène générale ;*

» *Considérant que l'hygiène dentaire est particulièrement importante chez l'enfant, que son absence entraîne fréquemment des troubles graves de la santé générale et nuit toujours au développement de l'organisme si susceptible de l'enfant ;*

» *Considérant, d'autre part, que l'inspection dentaire scolaire est un moyen des plus utiles pour l'amélioration de l'hygiène buccale et que cette inspection dentaire scolaire fonctionne déjà dans plusieurs villes de l'étranger avec le plus grand succès ;*

» *La Société d'Odontologie de Paris émet le vœu que l'inspection dentaire scolaire soit organisée dans toutes les écoles de France et particulièrement dans celles de la ville de Paris comme elle vient d'être organisée dans les écoles normales d'instituteurs par le Ministère de l'Instruction publique, et se met à la disposition des autorités compétentes pour*

leur indiquer et leur faciliter les moyens de réaliser cette inspection. »

Le Bureau de la Société d'Odontologie est chargé de faire parvenir ce vœu : 1° à la Direction compétente du ministère de l'Instruction publique ; 2° à la Direction de l'enseignement primaire de la Seine.

M. Godon. — Je désire appuyer le vœu de M. Roy. Comme il vous l'a dit, il doit y avoir un Congrès d'hygiène scolaire en 1910. Il sera intéressant que la Société d'Odontologie y prenne part, mais je crois que, jusqu'à présent, elle n'a pas encore demandé à y être admise.

Les Sociétés adhérentes avec les noms de leurs délégués sont déjà connues. Je demande donc que le bureau de la Société d'Odontologie demande d'urgence à participer au Congrès d'hygiène scolaire, comme cela avait été entendu.

La Société de l'Ecole a, de son côté, adhéré à ce Congrès.

Dans le vœu que vient de nous présenter M. Roy, je demanderai qu'il veuille bien citer l'organisation déjà instituée par le Ministre de l'Instruction publique dans les écoles normales primaires.

M. Roy. — Ce vœu avait été adopté l'année dernière, alors que la circulaire du Ministre n'avait pas encore paru.

M. Godon. — Je vous demande d'ajouter que le Ministre de l'Instruction publique vient d'instituer cette inspection dans les écoles normales primaires, parce qu'il y a déjà là un commencement d'organisation et que vous ne demandez plus qu'une chose : c'est son extension à toutes les écoles.

M. Mendel-Joseph. — L'objectif de l'hygiène rationnelle est de prévenir l'éclosion des maladies et, par une conséquence logique, de diminuer le nombre des malades. L'introduction de l'hygiène dentaire bien comprise dans les écoles aura pour résultat une meilleure conservation de l'appareil dentaire et par suite une moindre fréquence de la carie et de ses complications.

La nécessité, exprimée par M. Roy, d'élever le nombre des dentistes en vue d'une augmentation hypothétique des malades, ne me paraît pas évidente.

Notre but supérieur, en tant qu'hygiénistes, est de prévenir le mal, de restreindre le nombre des malades, ainsi que le nombre des dentistes.

M. Roy. — En dehors des caries que l'hygiène peut éviter, nous savons tous qu'il y a une masse de caries et d'affections qui subsisteront, quelque hygiène qu'emploient les gens. Ne soignerions-nous que les caries qu'il est impossible d'éviter par l'hygiène qu'il y ait de la besogne pour un nombre de dentistes infiniment supérieur à celui qui existe actuellement, ne ferions-nous même que redresser les dents et diriger l'hygiène.

M. le président. — Le bureau tout entier s'associe aux désirs de MM. Roy et Godon.

M. Roy. — Je demande que le vœu soit mis aux voix.

M. le président. — Tout le monde est d'accord ici pour approuver la demande que vient de faire M. Roy, demande qui est très justifiée. Le bureau fera le nécessaire pour que ce vœu soit transmis aux pouvoirs publics.

Le vœu proposé par M. Roy est adopté à l'unanimité.

V. — Traitement de la névralgie faciale par les injections locales d'alcool, par M. Vanel.

M. Vanel donne lecture d'un travail sur ce sujet (sera publié).

Discussion.

M. Touvet-Fanton. — Je demanderai à M. Vanel s'il ne pense pas que le traitement dentaire qu'il a institué n'a pas été le facteur essentiel dans la guérison de ce cas.

M. Vanel. — Non, car la névralgie faciale avait reparu trois semaines après le traitement dentaire.

M. Roy. — Je suis très heureux pour ma part de voir M. Vanel s'occuper de cette question très intéressante du traitement de la névralgie faciale, affection particulièrement rebelle et douloureuse.

Nous voyons de temps en temps des malheureux qui viennent s'adresser à nous pour faire examiner leurs dents, et malheureusement nous n'y pouvons rien, car, chez ces malades fussent-ils débarrassés de toutes leurs dents, les névralgies n'en persisteraient pas moins.

La méthode des injections d'alcool est extrêmement importante, c'est peut-être à l'heure actuelle le meilleur mode de traitement de la névralgie faciale, maladie extrêmement douloureuse, pour laquelle on a exécuté des opérations excessivement graves. Mais toutes ces opérations ne donnaient jamais qu'un résultat temporaire, et encore quand elles en donnaient. On a même conseillé la résection du ganglion de Gasser, qui est une intervention particulièrement grave réussissant très rarement, et dont le malade peut même mourir.

La méthode de Schlosser a réalisé l'injection d'alcool d'une façon tout à fait remarquable. Par le procédé en question on arrive assez facilement à faire ces injections dans les trous de la base du crâne, seulement il faut pour cela une technique spéciale et une certaine habitude de ces injections.

J'avais l'occasion d'en causer récemment avec le Dr Baudouin, que vient de citer M. Vanel. Je lui demandais ses impressions personnelles au sujet des cas qu'il avait observés. Il me disait que les résultats étaient absolument remarquables, qu'il s'agissait d'une sorte de destruction relative du nerf. Ce procédé ne met pas absolument à l'abri des récidives, mais les résultats en sont néanmoins tout à fait intéressants.

Le procédé que M. Vanel emploie a déjà été exposé, je crois, à la

Société de stomatologie, par Lévy. Il y a eu sur ce sujet un petit travail qui a paru, mais je ne me rappelle plus si c'était la même technique que celle que vous indiquez. Néanmoins il y a là une petite intervention qui est très facile à réaliser par un dentiste un peu exercé à ces petites manœuvres et le résultat est tout à fait intéressant, puisque cette intervention est inoffensive. Comme vient de nous le montrer M. Vanel par son observation, cette intervention peut donner des résultats satisfaisants et la chose est très compréhensible étant donné ce que nous savons des injections d'alcool.

M. Blatter. — J'ai eu l'occasion d'observer chez une infirmière de l'Hôpital Saint-Antoine un cas de névralgie faciale qui durait depuis 17 ans, et qui allait conduire la malade au suicide. Le traitement dentaire avait été impuissant ; j'ai adressé la malade à M. Lévy, qui lui fit des injections d'alcool aux points d'élection ; les douleurs ont absolument disparu depuis plus d'un an.

M. Mendel-Joseph. — Depuis combien de temps l'observation a-t-elle été faite ?

M. Blatter. — Il y a plus d'une année. Je vous le répète, la personne était à deux pas du suicide.

M. Mendel-Joseph. — Je voulais dire quelques mots au sujet de ce traitement, non pas pour en dire du mal, puisqu'il y a beaucoup de personnes autorisées qui en disent du bien, mais simplement pour dire que le résultat n'est pas toujours parfait et que les succès sont loin d'être constants.

Je connais une malade qui a été traitée par les méthodes des injections d'alcool suivant le procédé de Baudouin et Lévy, distinct du procédé de Schlosser. Le traitement a été fait par un opérateur compétent, le Dr Sicard, et cependant la personne continue à souffrir. Il est vrai qu'il s'agit d'une névralgie faciale invétérée durant depuis vingt ans. D'ailleurs ce fait n'est point exceptionnel, et différents auteurs en ont signalé d'autres semblables.

Il importe de ne pas oublier que le mode opératoire de ces injections est très délicat et l'on risque de provoquer les lésions vasculaires importantes susceptibles de causer de graves ennuis à l'opérateur. On ne saurait les pratiquer inconsidérement et sans une étude approfondie de l'anatomie des régions intéressées et sans expérimentations préalables sur le cadavre.

M. Pitot. — J'ai vu pour ma part deux cas de névralgie faciale où de simples injections d'alcool dans le sillon gingival ont suffi pour faire disparaître les douleurs pendant plus d'un an.

VI. — ANOMALIE D'ÉRUPTION PAR PRÉSENCE DE DENT PERMANENTE CHEZ UN SUJET DE 45 ANS. PRÉSENTATION DE MOULAGES, PAR M. PÉRÉ.

Cette communication sera publiée plus tard.

VII. — Miroir dentaire électrique et allumoir électrique pour bec Bunsen (modèle L. Legrand), par M. Lemière.

M. Lemière. — J'ai l'honneur de vous présenter de la part de M. Legrand, élève de seconde année, et surtout très habile mécanicien, deux appareils fort ingénieux.

Il s'agit d'un miroir dentaire à éclairage électrique qui a sur tous les modèles existants un bon nombre d'avantages.

Beaucoup moins volumineux que tous les modèles connus, il a une forme élégante, se branche sur n'importe quelle prise d'électricité, sur le courant de la ville à 110 volts en tension avec une lampe quelconque, sur un accumulateur ou des piles, et cela sans subir de modifications et sans qu'il soit nécessaire de posséder un tableau toujours coûteux.

Il présente l'avantage de pouvoir se stériliser très facilement par immersion dans un antiseptique ou dans de l'eau bouillante.

Le miroir est mobile et interchangeable. C'est le modèle courant des miroirs dentaires. On peut par conséquent en varier la forme, les dimensions à volonté et employer soit un miroir plan, soit un miroir concave. D'ailleurs vous verrez ces appareils demain.

Le second instrument est un allumoir électrique pour bec Bunsen. Il se compose d'un interrupteur adapté sur le robinet du bec Bunsen et dont les étincelles enflamment le gaz à chaque mouvement d'ouverture du robinet. Le courant électrique est formé par une source quelconque d'électricité. Cet appareil ne nécessite pas non plus de tableau de distribution. Il permet de gagner beaucoup de temps en évitant l'emploi des allumettes. Il fonctionne très bien. Vous pourrez également en voir l'application demain matin.

Je me sers de ces appareils depuis une année et ils me donnent entière satisfaction. Aussi je ne puis qu'adresser de vives félicitations à leur inventeur.

M. Godon. — C'est un élève de deuxième année à l'Ecole dentaire de Paris. M. Legrand nous fera demain la démonstration de ses deux appareils; vous verrez combien ils sont ingénieux et intéressants. L'allumoir permet de supprimer les allumettes et d'allumer le gaz électriquement d'un seul mouvement.

Quant à la lampe électrique, elle est vraiment intéressante parce qu'elle se branche directement sur le courant de la ville, alors que généralement il faut employer des résistances, des tableaux de résistance.

M. le président. — Nous serons heureux de voir fonctionner ces petits appareils demain, à notre séance pratique de démonstrations. Je félicite notre confrère M. Legrand de sa précoce ingéniosité.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général : Henri Dreyfus.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

RECTIFICATION NÉCESSAIRE

On sait que la Société des dentistes des hôpitaux de Paris, composée uniquement de docteurs en médecine, a demandé récemment à l'Assistance publique à substituer au vocable de *dentiste des hôpitaux* celui de *stomatologiste des hôpitaux*, malgré l'opposition très vive d'un de ses membres, le Dr Roy.

Cette demande n'a du reste aucune chance d'être accueillie, étant donné que le domaine de la stomatologie vraie est revendiqué par les médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Faisant allusion à cette demande, M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, dans le discours qu'il a prononcé à la dernière séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris, s'est exprimé ainsi, après son éloge habituel de cette institution, comme on a pu le lire d'ailleurs dans notre numéro du 30 novembre dernier.

. . . .

« Ce n'est pas, croyez-le bien, sans difficulté que j'ai pu assimiler vos Ecoles dentaires aux dispensaires de l'Assistance publique et que j'ai cherché à étendre votre art, vos soins, tout le bien que vous pouvez donner à ceux qui souffrent ; ce n'est pas sans difficulté que j'essaie de l'étendre encore pour en faire profiter de nouvelles catégories de malheureux et de déshérités. Je me heurte parfois à des préjugés, à des traditions, et il apparaît que cette vieille Administration, dans cette organisation si belle par certains côtés, il y a des monopoles auxquels il n'est pas permis de toucher.

» J'estime que la science grandissante, que votre action incessamment étendue, modifieront un jour cet état de choses, non pas que nous voulions porter atteinte à aucun droit, mais parce qu'on comprendra qu'il y a place pour tout le monde et qu'il y a assez de gens qui ont mal aux dents pour qu'il n'y ait jamais trop de dentistes pour les

soigner. *(Rires et applaudissements.)* **Du reste, si j'en crois ce que l'on dit, il n'y aura plus bientôt de dentistes dans les hôpitaux ; à côté des ophtalmologistes, des oto-rhino-laryngologistes, nous aurons des stomatologistes, de sorte que cet affreux mot de** *dentiste* **aura disparu de notre annuaire et que nous pourrons peut-être en toute liberté nous adresser à des dentistes pour soigner des dents.**

» Que ceci, messieurs, ne nous empêche pas, chacun de notre côté, de faire notre devoir ; pour ma part, je veux vous envoyer beaucoup de malheureux pour que vous les soigniez bien et que vous acquériez ainsi plus de science pour soigner plus tard votre clientèle..... »

. . . .

Il semblait que les 400 auditeurs avaient tous compris toute l'ironie spirituelle et aimable que contenaient les paroles de M. Mesureur, reproduites du reste d'après le compte rendu sténographique.

Il n'en est pas ainsi. Un jeune reporter d'un journal professionnel qui se distingue par la vivacité et la continuité de ses attaques malveillantes contre l'Ecole dentaire de Paris ne les a ni ainsi comprises, ni même ainsi entendues et reproduites.

En effet, dénaturant les paroles du directeur de l'Assistance publique, de manière à lui faire dire le contraire de ce qu'il a voulu dire, il les transforme de la façon suivante dans le pseudo-compte rendu de cette séance de réouverture en tête duquel il les place.

« Il n'y aura bientôt plus de dentistes dans les écoles, les lycées, les administrations, les hôpitaux, il n'y aura plus que des stomatologistes (Mesureur). »

Et après diverses aménités à l'adresse de l'Ecole dentaire de Paris et de ceux qui la dirigent il termine ainsi son article. . . . .

« Relevons pour finir les paroles prononcées par M. Mesureur, **applaudies** par M. le Dr Godon comme une approbation, tandis qu'elles faisaient bondir d'indignation ceux qui ont encore le cœur placé au bon endroit. **Il n'y aura bientôt plus de dentistes nulle part, et partout,**

dans les écoles, les administrations, les hôpitaux, il n'y aura plus que des stomatologistes.

» Alors, c'en est fait des dentistes !... »

Pour employer de pareils procédés de polémique il faut qu'une opposition soit bien réduite. En effet, elle n'était plus représentée que par *cinq* abstentionnistes à la dernière assemblée générale. Quant au jeune reporter, qui se fait dans la circonstance leur porte-parole, on se demande, en présence de son hostilité systématique si, suivant son expression, il ne faut pas **bondir d'indignation** devant son attitude à l'égard d'une Société à laquelle il doit toute son instruction professionnelle.

LE BUREAU DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

VINGT-NEUVIÈME SÉANCE ANNUELLE DE RÉOUVERTURE DES COURS

(Suite et fin[1].)

REMISE DE MÉDAILLES à MM. SERRES ET D'ARGENT

Par M. Godon.

Chaque année, le Conseil d'administration, désireux de donner un témoignage de gratitude aux membres dévoués de notre Corps enseigeant, qui par leurs excellentes leçons théoriques et pratiques apprennent à nos étudiants ce qu'ils ont besoin de savoir pour être de bons et habiles chirurgiens-dentistes, accorde deux médailles : l'une à un professeur non dentiste, l'autre à un professeur dentiste. Cette fois le Conseil a fait choix de deux membres méritant particulièrement par leurs longs services cette modeste récompense, qui n'est que la manifestation extérieure des sentiments de reconnaissance que nous avons pour eux et que j'ai mission de leur exprimer. J'ai nommé MM. Serres et Jules d'Argent.

M. Serres, chargé du cours de physique et de mécanique appliquées, est un de nos plus anciens professeurs, puisqu'il occupe sa chaire comme titulaire depuis le mois de novembre 1887, c'est-à-dire depuis 21 ans.

M. Serres, qui est le créateur de ce cours, a instruit de nombreuses générations d'étudiants, qui conservent de lui le meilleur souvenir ; son nom est indissolublement lié à l'histoire et au développement de notre institution, et c'est à des enseignements clairs, précis et complets comme le sien, et que vous avez pu apprécier dans une séance analogue l'an

1. V. *L'Odontologie* des 30 novembre et 15 décembre 1908.

dernier, que notre Ecole est redevable de sa bonne réputation et que nos étudiants sont redevables de leurs succès. Vous estimerez avec nous que la médaille que je me fais le plus grand plaisir de lui remettre n'est qu'une bien faible récompense pour 21 ans de services. Mais ce n'est pour nous que l'expression tangible de notre profonde reconnaissance, à laquelle je le prie de croire et à laquelle je joins tous nos vifs remerciements. *(Applaudissements.)*

M. J. d'Argent, un des anciens de cette maison, a été diplômé de l'Ecole en 1889. Préparateur la même année, le 9 novembre, il a été démonstrateur de 1891 à 1893, puis chef de clinique de 1894 à 1896. Nommé professeur suppléant en 1897, il a été titularisé le 18 octobre 1904. Il a été secrétaire de la Société d'Odontologie de Paris en 1896, vice-président de l'Association générale en 1898 et président en 1899. Il fait partie depuis 16 ans (1893) de notre Conseil d'administration, dont il est en ce moment vice-président et dont il suit assidûment les séances ; ses avis sages et modérés sont toujours écoutés avec attention et presque toujours suivis. Mais c'est surtout comme trésorier, fonction qu'il a assumée et remplie de 1893 à 1905 avec un zèle, une correction et un désintéressement au-dessus de tout éloge, qu'il a rendu à l'Ecole dentaire de Paris des services inappréciables. Prudent et avisé, doué d'une compétence rare pour ce poste délicat, il a manié nos finances et nos budgets, dont le dernier, comme je vous le disais tout à l'heure, s'élève à 285.000 francs, avec une grande habileté, et c'est incontestablement à lui que nous devons d'avoir aujourd'hui une situation si prospère.

Aussi, faisant bloc de tous les services qu'il a rendus à l'Institution, dans l'administration et dans l'enseignement, nous profitons de cette occasion pour le lui dire, le remercier et vous prier de le remercier avec nous. *(Applaudissements.)*

LECTURE DU PALMARÈS PAR M. BLATTER

Avant de procéder à la distribution des récompenses, j'ai le devoir de vous faire connaître les nominations et les mutations survenues dans notre Corps enseignant, dont tous les postes, vous le savez, se donnent au concours, sauf celui de démonstrateur ; encore, avant d'être titularisé, le démonstrateur est-il tenu de faire un stage de six mois, pendant lequel il porte le titre de stagiaire.

Nous avons eu le plaisir de pouvoir nommer notre distingué confrère M. Mendel-Joseph, professeur titulaire. M. Ducuing, avocat à la Cour d'appel, a été chargé du cours de droit médical de déodontologie ; M. Georges Villain a été nommé professeur suppléant de prothèse ; MM. H. Dreyfus et Péré ont été nommés chefs de clinique de chirurgie dentaire ; MM. Darcissac et Machtou, chefs de clinique de dentisterie opératoire ; M. Henri Villain a été nommé chef de clinique de bridges ; M. Lalement, chef de clinique de prothèse ; MM. Bacri, Bouvier, Buscail, Cottard, Guebel, Graff, Housset, Lanos, Georges Martinier, Smadja, Solas et Tamisier, ont été nommés démonstrateurs hebdomadaires.

Quelques membres du Corps enseignant dont le temps de service était expiré se sont vu conférer l'honorariat : M. Worms, en reconnaissance des longs et dévoués services rendus à l'enseignement, a été nommé professeur honoraire ; M. Devoucoux, chef de clinique honoraire ; M. Amen, démonstrateur honoraire.

Nous avons eu la satisfaction d'enregistrer les récompenses suivantes accordées par les pouvoirs à plusieurs membres de notre Corps enseignant, quelques-unes sur la demande de notre Conseil d'administration : MM. Roy, professeur ; Mahé, Bioux, chefs de clinique ; Ledoux, chef de travaux pratiques de bactériologie, et Prevel, chef de clinique honoraire ; M. Pillière de Tanouarn, démonstrateur, a reçu les palmes d'officier d'Académie.

Ajoutons que nos représentants à l'exposition franco-

britannique de Londres ont tous reçu des récompenses :

1° L'Ecole dentaire de Paris, un grand prix ;

2° M. L. Lemerle, un grand prix également, en collectivité ;

3° M. Delair, un grand prix, avec les félicitations du Jury ;

4° M. Godon, un diplôme d'honneur. (*Applaudissements.*)

Enfin, nous avons éprouvé le très grand plaisir de voir le Gouvernement, par une initiative que nous eussions été heureux de provoquer, conférer la décoration de la Légion d'honneur à notre savant et dévoué professeur de thérapeutique, M. Desgrez, professeur agrégé à la Faculté de médecine et secrétaire du Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences. (*Applaudissements.*)

M. Desgrez est un des professeurs dont l'enseignement est le plus goûté et le plus suivi de nos élèves, et nous sommes heureux de pouvoir le lui dire ici publiquement et de le remercier de ses excellentes leçons, en exprimant l'espoir qu'il puisse nous les continuer encore pendant longtemps. (*Applaudissements prolongés et répétés.*)

Nous espérons que la bienveillance du Gouvernement s'étendra sur les dévoués membres du Corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris en faveur desquels le Conseil d'administration vient encore récemment de former une demande.

ALLOCUTION DE M. LEMAIRE

Conservateur du Musée.

Monsieur le président,
Mesdames,
Messieurs,

J'aurai l'honneur et le plaisir de vous montrer dans un instant la nouvelle organisation du musée de l'Ecole dentaire de Paris.

Celui-ci vit le jour dès le moment où l'on décida de

conserver quelques pièces intéressantes pour l'étude de notre art.

Il fut fondé le 30 mai 1879 par le Cercle des dentistes de France. Son enfance ne fut point bruyante. De loin en loin nous trouvons le nom de quelque donateur appartenant au corps enseignant. Puis, avec le concours de mon très honoré prédécesseur, M. Lucien Lemerle, qui garda les humbles et laborieuses fonctions de conservateur pendant vingt ans, le musée, digne de ce nom désormais, se développa prodigieusement.

Dix ans après, en 1889, nous comptons déjà sept cents pièces.

Depuis, nous augmentons sans trêve nos richesses scientifiques, recueillant tout ce qui peut se rapporter à notre art, grâce à la générosité infatigable des confrères de Paris, de la province et même de l'étranger qui veulent bien s'intéresser à cette œuvre de propagande — grâce à notre Société d'Odontologie, dont les membres nous laissent les pièces qui servent à leurs communications.

Jusqu'à présent ces collections étaient exposées dans la grande salle de dentisterie opératoire. Leur accès était difficile, autant que leur conservation. Leur vue pouvait impressionner fâcheusement nos malades. On les avait casées un peu partout faute de place.

Or, M. Lucien Lemerle rêvait depuis longtemps une centralisation qu'il regardait comme nécessaire, utile au perfectionnement de nos élèves d'élite.

Pour cela il fallait de la place et de l'argent.

Il obtint du Conseil d'administration ce qu'il désirait et il me laissa, avec sa succession, le soin de créer un corps à sa pensée, de donner une réalité à son projet.

J'ai entrepris cette tâche avec beaucoup de plaisir, car je pouvais compter sur les bons conseils de cet homme de bien, mon maître d'hier devenu aujourd'hui mon collègue.

Le musée de l'Ecole existe enfin comme une personnalité distincte, une entité bien définie. Il forme la matière, le

document palpable d'un enseignement complet de l'art dentaire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Les petites lacunes qui existent encore seront, je l'espère, bientôt comblées.

Aussi, est-ce une joie pour moi de pouvoir considérer cette date du 16 novembre 1908 comme une étape dans l'histoire de l'évolution de notre œuvre.

Je peux déjà vous faire une confidence : l'ensemble de nos collections est le plus riche de France. Notre musée dentaire est le plus important d'Europe. L'Amérique peut même nous l'envier.

Votre présence, messieurs, est un encouragement très flatteur pour l'Ecole à laquelle nous nous dévouons tous.

En ce qui me concerne, je vous prie d'agréer toute ma gratitude pour votre visite de ce soir.

Une inscription commémorative de cette séance rappellera aux jeunes générations écolières que, si nous prenons sur notre temps pour venir les instruire, nous ne sommes pas oubliés non plus, par les représentants de la nation, de la ville de Paris, de l'Assistance publique et du Gouvernement de la République. (*Applaudissements.*)

PALMARÈS

Scolarité 1907-1908.

3e année.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole (d'après le programme de 1908).

Epreuves théoriques et pratiques.

Session de juillet.

Maximum : 324 points. Minimum : 195 points.

MM.	Dumont	302 3/4	MM.	Delionnet	257 1/2
	Faré	292 1/2		Hild	253
Mlles	Dénéchaud	287		Stavropoulos	247
	Bœchhofer	283 1/2		Zlataroff	213
M.	Montégut	259 1/2			

ÉLÈVES-MÉDECINS

Dr Lindenberg	254 1/2	Dr Rousseaux	244 1/2

3e année.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole (d'après le programme de 1907).

Epreuves théoriques et pratiques.
Session de juillet.

Maximum : 150 points. Minimum : 74 points.

M. Zimmermann	138 1/2	MM. Cotel	110 1/2
Mme Gripon	137 3/4	Quiney	108
MM. Rancillac	133 1/2	Fouquez	108
Berry	132	Fournier	108
Cohen	129	Brun	106
Pierret	127 1/2	Jollibois	101
Amory	125 1/2	Gédon	100 3/4
Babin	124 1/2	Mlle Pétrova	99 1/2
Robbi	120	MM. de la Peine	95
Gick	119 1/2	Vallėjo	92
Deniau G.	119	Guibal	87 1/4
Le Bègue	117	Demoulin	81 1/2
Rousselet	116 1/2	Blumenfeld	76 3/4
Mlle Favre-Thomas	115	Létang	75 1/4

ÉLÈVES-MÉDECINS.

Drs Lemière	142	Drs Righetto	123 1/2
Peretz	130 1/2	Marangoni	121 1/2

3e année.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole (d'après le programme de 1907).

Epreuves théoriques et pratiques.
Session d'octobre.

Maximum : 150 points. Minimum : 74 points.

MM. Jouard	121	MM. Schawinsky	100 1/2
Kiss	119	Michaïloff	91 3/4
Schilliger	118	Girardier	88 1/2

ÉLÈVES-MÉDECINS

Drs Jossu	98 1/2	Drs Bertoli	83 1/2
Bercovici	93 1/2	Bertacca	81 3/4

CLASSEMENT DE FIN D'ANNÉE SCOLAIRE

2e année.

Maximum : 60 points.

MM. Maudry	51	Mme Renhold-Dreyfus	44 3/4
Mousis	49 3/4	MM. Cottarel	44
Raymond	48	Fonsèque	42 1/2
Ash	46	Mlle Coulon	33 3/4
Loynel	45 1/2		

1re année.

Maximum : 42 points.

Mlle Grodzinska.......	38 1/2	MM. Billoret..........	35
M. Delaplanche......	38 1/4	Massonnet.......	34 3/4
Mlle Lemerle..........	37 3/4	Chaillou..........	33 3/4
M. Soleillant.........	37 3/4		

RÉCOMPENSES

3e année.

Maximum 324. — Minimum 195.

M. Dumont. — **Premier prix.**

Une médaille de vermeil, offerte par M. le Ministre du Commerce,

Une médaille de vermeil, offerte par l'Ecole,

Un bon de cent francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'Association générale des dentistes de France.

M. Faré. — **Deuxième prix.**

Une médaille d'argent, offerte par l'Ecole,

Un bon de cent francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par M. le Dr Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Mlle Dénéchaud. — **Troisième prix.**

Une médaille de bronze, offerte par l'Ecole,

Un maillet automatique (avec écrin et pointes), offert par la Société coopérative des dentistes de France.

Mlle Bœchhofer. — **1re Mention.**

Douze daviers, offerts par la maison Henri Picard frères.

M. Montégut. — **2e Mention.**

Neuf daviers, offerts par l'Ecole.

M. Delionnet. — **3e Mention.**

Un bon de 30 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'Ecole.

M. Delionnet. — **Prix du Dispensaire.**

Un volume offert par M. le Préfet de la Seine,

Un bon de 50 francs d'instruments à prendre à la maison Raymond frères, offert par cette maison.

M. Dumont. — **Prix de Prothèse.**

Un appareil à estamper, offert par M. Geoffroy, chef de clinique,

Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

M. Delionnet. — **Mention.**

2e année.

Maximum : 60 points.

M. MAUDRY. — **Prix.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par la maison Ash,
Un volume offert par M. le Préfet de la Seine.

M. MOUSIS. — **1re Mention.**

Un bon de 30 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par M. Lecaudey.

M. RAYMOND. — **2e Mention.**

Un bon de 25 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'Ecole.

M. MOUSIS. — **Prix du Dispensaire.**

Une trousse de daviers, offerte par la Société Jetter et Scheerer.

M. RAYMOND. — **Prix de Prothèse.**

Un bon de 30 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par M. G. Villain, professeur suppléant.

M. MAUDRY. — **Mention.**

1re année.

Maximum : 42 points.

Mlle GRODZINSKA. — **Prix.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par la maison Ash.

M. DELAPLANCHE. — **1re Mention.**

Un bon de 25 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'Ecole.

Mlle LEMERLE ET M. SOLEILLANT. — **2e Mention** *(ex-æquo).*

Chacun un bon de 20 francs d'instruments, offert par la maison Ash.

Mlle LEMERLE. — **Prix du Dispensaire.**

Une trousse de daviers, offerte par la maison Reviron, Bugnet, Ch. Poumiès et Cie.

Mlle GRODZINSKA. — **Prix de Prothèse.**

Un bon de 25 francs d'instruments à prendre chez un fournisseur au choix du lauréat, offert par l'Ecole.

M. FUSCH. — **1re Mention.**

M. TRIFONOFF. — **2e Mention.**

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Un concours pour un poste de professeur suppléant du cours théorique de prothèse dentaire et d'orthodontie aura lieu le 1er février prochain à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

1° *Conditions d'admission au concours :*

1° Etre français ;

2° Etre âgé de 25 ans au moins ;

3° Jouir en France des droits civils et politiques ;

4° Avoir le droit d'exercice légal en France ;

5° N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité professnelle ;

6° Si le candidat est dentiste, faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, à titre de membre actif, ou avoir fait acte de candidature. Si le candidat n'est pas dentiste, être inscrit au moins comme membres honoraires ;

7° Faire acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant les pièces et les titres stipulés plus haut, ainsi que l'énumération des travaux scientifiques ;

8° Signer, le premier jour du concours, l'engagement de service contenant les obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur.

2° *Désignation des épreuves.* — Le concours comprend :

1° Une épreuve sur titres ;

2° Une épreuve orale (leçon) ;

3° Une épreuve écrite ;

4° Une épreuve pratique (s'il y a lieu).

*
* *

Rappel de concours.

Les concours annoncés dans notre numéro du 30 novembre dernier pour les postes suivants :

1° Deux professeurs suppléants de clinique de chirurgie dentaire ;
2° Un professeur suppléant — de prothèse ;
3° Deux chefs de clinique de chirurgie dentaire ;
4° Deux — — de dentisterie opératoire ;
5° Un chef — d'orthodontie.
sont fixés au dimanche 21 février 1909.

DÉSIGNATION DES ÉPREUVES :

1° *Professeurs suppléants de clinique de chirurgie dentaire :*
Une épreuve sur titres ;
Une épreuve clinique comprenant :
La présentation d'un ou de deux malades avec examen clinique et opérations ;
Une épreuve pratique comprenant :
L'exécution d'une ou de plusieurs opérations immédiates de chirurgie dentaire ;
Une épreuve-leçon clinique de 3/4 d'heure ;
Une épreuve écrite.
2° *Professeurs suppléants de clinique de prothèse :*
Une épreuve sur titres ;
Une épreuve clinique comprenant :
La présentation d'un ou de deux malades avec examen clinique et opérations ;
Une épreuve pratique comprenant :
A. Une prise d'empreinte au plâtre ;
B. L'exécution en loge d'un travail choisi par le jury ;
C. La pose de l'appareil dans une séance ultérieure ;
Une épreuve-leçon clinique de 3/4 d'heure ;
Une épreuve écrite.
3° *Chef de clinique de chirurgie dentaire :*
Une épreuve sur titres ;
Une épreuve clinique ;
Une épreuve écrite.
4° *Chef de clinique de dentisterie opératoire :*
Une épreuve sur titres ;
Une épreuve clinique ;
Une épreuve pratique de dentisterie opératoire, au choix du jury, suivie d'explications pédagogiques ; deux heures sont accordées pour cette opération ;
Une épreuve écrite.
5° *Chef de clinique d'orthodontie :*
Une épreuve sur titres ;
Une épreuve clinique ;
Une épreuve pratique ;
Une épreuve écrite.

Le programme du concours sera envoyé aux personnes qui en feront la demande au secrétariat de l'Ecole dentaire, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique, réuni en session du 15 au 22 décembre, a examiné et approuvé les divers projets de réforme des études médicales et des études dentaires qui lui ont été soumis par le Ministère.

Conseil du corps enseignant.

Le Conseil du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris s'est réuni le 22 décembre. Il a constitué son Bureau et nommé sa Commission permanente. Il a abordé ensuite l'examen des diverses questions qui lui étaient soumises, notamment la création et le fonctionnement des conférences pédagogiques et échangé des vues sur les modifications aux programmes d'enseignement de l'Ecole que vont nécessiter les réformes des études dentaires préparées par le Ministère de l'Instruction publique, approuvées par le Conseil supérieur et sur le point d'être édictées par décret.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère, Mlle A. Pascalidès, D. E. D. P., chirurgien-dentiste, au Pirée (Athènes), 116, rue Caraïscou, avec M. D. Sfalangacos, oculiste, ainsi que le mariage de M. Etienne Jamet, d'Annecy, avec Mlle Léa Raymond.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

A nos lecteurs.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs qu'à partir du 1er janvier 1909 *L'Odontologie* sera imprimée sur un nouveau papier.

La Rédaction.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Nouveaux membres admis dans le Groupement pendant l'année 1908.

NOMS ET ADRESSES	DATE D'ADMISSION
MM.	
1 Wernd'l Arthur-Rodolphe, 15, rue de Naples, Paris	16 juin 1908.
2 Roth Louis, à Strasbourg	6 octobre 1908.
Mlle	
3 Athénas, à Saint-Denis (Ile de la Réunion).	16 juin 1908.
MM.	
4 Maman, 7, boulev. des 2 villes, Charleville.	id.
5 Russe Emile, 12, Grande-Rue, Besançon.	id.
6 Cohen Elias, à Varna (Bulgarie)	6 octobre 1908.
7 Zlataroff Démètre, à Salonique (Turquie).	id.
8 Prével Edmond-Louis, 63, rue Chabrol, Paris	id.
9 Smadja Edmond, 60 *bis*, Grande-Rue, Boulogne-sur-Seine	id.
10 Delionnet Edouard, Vincelles, par Dormans (Marne)	id.
11 Lemière Raymond, 130, boulevard Malesherbes, Paris	id.
12 Dumont Hippolyte, 12, Grande-Rue, Aubusson (Creuse)	id.
13 Berthoumieu Marcel, 114, rue Montmartre, Paris	id.
14 Ziliotto, à Vérona (Italie)	id.
15 Lacroix Arthur, 4, rue de Hornes, Bruxelles.	id.
16 Hild Paul, 29, r. des Têtes, Colmar (Alsace).	id.
17 Rousseaux Gaston, 41, rue du Collège, Roubaix	id.
18 Roth Louis, à Strasbourg	id.
19 Deniau Gabriel, 4, rue Michel-Peter, Paris.	24 novembre 1908.
20 Rancillac Jean-Alphonse, St-Flour (Cantal).	id.
21 Sommer Rebecca, 9, rue St-Lazare, Paris.	15 décembre 1908.
22 Gick Hubert-Georges, 8, rue Gustave-Doré, Paris	id.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1908.

R

S

T

V

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DE L'ÉTRANGER

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS

BULLETIN

DU

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ET DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CHAMBRE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Composition :

MM. Delair, président ;
Francis Jean, président de l'Association ;
Blatter, Jeay, Roy, membres ;
Lalement, secrétaire.

Le 14 mai 1908, la Commission de la Chambre syndicale des dentistes de France, s'est réunie à 11 heures du matin.

Présents : MM. Delair, Francis Jean, Blatter.

Excusé : M. Lalement.

1° Il est décidé qu'une circulaire de la Chambre syndicale sera envoyée aux juges de paix du département de la Seine ;

2° *Le président* communique une circulaire à insérer dans le journal *L'Odontologie*, qui comprendra une page et paraîtra bi-mensuellement sous la rubrique *Offres et demandes* ;

3° *Le président* demande que toutes les demandes soient faites par écrit ;

4° Affaire J... — Examen de la question. — Le plaignant n'est pas membre de l'Association. — Son mécanicien est établi près de son cabinet. (Lettre.) — Ecrit au plaignant que le témoignage manuscrit n'est pas suffisant.

Conclusion. — Le secrétaire est chargé de confirmer à M. J... la lettre envoyée par M. Delair. — (Prière est faite également au plaignant d'adresser ses lettres à la bonne adresse : *Chambre syndicale*, etc.)

5° Affaire B...-R... — (Exercice illégal.)

Plainte de M. B... contre M. R...

Demande de la Chambre syndicale de l'envoi de documents pour que le Conseil soit saisi.

Suite à donner à l'affaire ? ?

Décision de la Commission. — Le président de la Chambre syndicale est chargé de se mettre en rapport avec le conseil judiciaire.

Le secrétaire écrira immédiatement à M. B... pour lui demander le duplicata des pièces sur lesquelles il se base pour formuler sa plainte.

La séance est levée.

Réunion du 17 octobre 1908.

Présidence de M. Delair, président.

La séance est ouverte à 6 h. 1/2.

Sont présents : MM. Blatter, Roy, Fouques, Francis Jean.

Le président donne connaissance d'une nouvelle plainte adressée par M. J..., chirurgien-dentiste à Saint-Quentin. M. J... ne faisan pas partie de l'Association, sa demande n'est pas prise en considération.

La Chambre syndicale émet le vœu de ne pas donner suite à la plainte anonyme adressée au président contre M. M...

Le président donne lecture de la demande de Mme F..., chirurgien-dentiste à Paris, à l'effet de se procurer l'appui de la Chambre syndicale pour un litige avec un client ; après examen cette demande est renvoyée au conseil judiciaire pour complément d'enquête. Il est également décidé de ne pas donner immédiatement suite à la demande d'appui judiciaire de M. B..., chirurgien-dentiste à Paris ; ce dernier sera prié de fournir les pièces de son procès.

Affaire de Royan. — *Demande d'expertise pour appareil dentaire.*

M. Blatter informe la Chambre syndicale que, les parties ne s'étant pas présentées, les experts n'ont pu trancher le différend ; il a été adressé au juge de paix du canton de Royan un rapport dans ce sens.

Le président fait connaître qu'il a été chargé de faire l'estimation d'un cabinet dentaire relativement à un procès pendant. Grâce à son intervention, cette affaire n'a pas eu de suite et a été arrangée à l'amiable.

Le président donne également connaissance de deux plaintes déposées par les dentistes de B... contre les nommés D... et R..., pour exercice illégal de l'art dentaire. Il a correspondu à ce sujet avec le commissaire de police de B... et les plaignants, puis il est allé sur place juger de la légitimité de ces plaintes. Enfin, il a pris avis du conseil judiciaire du Groupement. Il rend compte de cette entrevue et de la procédure à suivre pour donner satisfaction aux plaignants.

A l'unanimité il est donné mission et pleins pouvoirs à M. Delair, président, pour poursuivre ces affaires le plus promptement possible, la Chambre syndicale se portant partie civile en la circonstance.

Le président communique un article paru dans le journal *Nos Loisirs* et fait connaître qu'il a adressé à l'administration de ce journal une lettre de protestation, ainsi qu'aux journaux professionnels suivants : *L'Odontologie, Le Monde Dentaire, Le Laboratoire, La Revue odontologique, La Revue générale de l'Art dentaire* et le *Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes.* A la suite de cet article, M. Delair a reçu de nombreuses lettres et demandes de renseignements concernant la profession, qu'il renvoie à qui de droit.

Le président fait part d'une lettre d'un chirurgien-dentiste diplômé demandant à la Chambre syndicale de le mettre en rapports avec un dentiste n'ayant pas droit d'exercice. La Chambre syndicale décide qu'il sera répondu à ce confrère qu'elle réprouve de pareilles associations et ne peut se prêter à de semblables négociations.

Le président fait connaître que les « Demandes et offres » d'opérateurs et de mécaniciens arrivent de plus en plus nombreuses ; les intéressés sont mis en rapports par correspondance. Les demandes de ceux qui n'ont pu recevoir immédiatement satisfaction sont affichées dans la vitrine de la Chambre syndicale, 45, rue de La Tour-d'Auvergne et insérées dans le plus prochain numéro de *L'Odontologie*.

Toutes les demandes d'opérateurs sont insérées gratuitement dans *L'Odontologie* pour les membres du Groupement.

La séance est levée à 8 heures.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

8me Liste.

Nº 129. — Chirurgien-dentiste suisse demande place opérateur Midi de la France ou Algérie.

Nº 130. — Opérateur, 23 ans, demande place Paris et banlieue.

Nº 131. — Chirurgien-dentiste, libéré du service militaire, marié, demande place opérateur en Algérie.

Nº 144. — Dame roumaine, 24 ans, demande place de second mécanicien, Paris ou province.

Nº 145. — Mécanicien opérateur demande place pour Paris ou province.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux opérateurs et mécaniciens demandant des emplois d'indiquer leur âge.

GROUPEMENT PROFESSIONNEL

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

Des correspondances de plus en plus nombreuses arrivent à la Chambre syndicale depuis la publication des ordres du jour de juillet et d'octobre. Nous y avons répondu de notre mieux.

Nous croyons à ce sujet devoir rappeler aux membres de la profession que toutes offres de place pour opérateurs ou mécaniciens doivent être adressées, autant que possible par écrit, au président de la Chambre syndicale, mais que les demandes verbales ou par téléphone adressées à l'un des membres de cette Chambre sont tout aussi valables.

La Chambre syndicale s'efforce de mettre immédiatement en rapport par correspondance, patrons et auxiliaires.

Dans le cas où satisfaction ne peut être donnée dans la huitaine, une annonce est faite dans *L'Odontologie*, avec le numéro d'ordre de l'offre.

Toute annonce est gratuite pour les membres du Groupement.

Toutes offres sont aussi reçues de la part des confrères n'en faisant pas partie, mais ils ont à acquitter à la caisse du journal une taxe de 5 francs pour frais d'administration.

Les demandes de places émanant d'opérateurs ou de mécaniciens doivent être formulées par écrit et adressées au président, 45, rue de La Tour-d'Auvergne ; elles sont publiées dans *L'Odontologie* gratuitement. Elles doivent mentionner l'âge du postulant, son ou ses diplômes, capacités, prétentions comme appointements et l'endroit où il désire être placé, Paris ou province ; il doit y joindre des références telles que recommandations de professeurs ou de patrons, etc.

Il ne pourra être tenu aucun compte des demandes signées seulement d'initiales, ni de celles demandant une réponse poste restante.

Seuls, les diplômés de Facultés pourront être recommandés par la Chambre syndicale comms opérateurs.

Les arbitrages seront gratuits pour les membres du Groupement. Pour les demandes d'arbitrage, les pièces du litige doivent être présentées au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, les vendredis de 11 heures à midi.

Le président reçoit les confrères les mardi et vendredi de 6 à 7 heures du soir, 12, rue Cernuschi.

Toutes plaintes doivent être formulées par écrit avec preuves à l'appui. La Chambre syndicale les examine avec impartialité et discrétion, mais elle ne peut tenir compte des plaintes anonymes qu'elle reçoit parfois, quelque justifiées qu'elles paraissent être.

La devise de la Chambre syndicale étant mutualité, solidarité, il n'est fait aucune distinction entre les membres du Groupement ; tous peuvent s'adresser à elle, certains d'en recevoir conseils, appui ou assistance, avec des sentiments égaux de bonne confraternité.

Le président : Delair.

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

10e Liste.

N° 140. — Bon cabinet à vendre grande ville, environs de Paris, 15 à 18.000 francs.

N° 155. — Deuxième mécanicien demande place à Paris pour après-midi. Peu exigeant. Elève E. D. P.

N° 158. — On demande pour ville du Nord un bon mécanicien sérieux.

N° 159. — Opérateur diplômé est demandé dans ville de l'Ouest. Expérience exigée.

N° 160. — Elève E. D. P., bon mécanicien, 23 ans, demande place pour après-midi.

N° 161. — Dame diplômée F. M. P., E. D. P., demande place d'opérateur à Paris, province ou étranger.

N° 168. — Très bon premier opérateur diplômé F. M. P. demandé pour Paris. Capacités de premier ordre exigées et quelques années de pratique. Bons appointements.

N° 174. — On demande pour Paris un opérateur F. M. P. très au courant des travaux de cabinet, soins émaux et bridges. Bons appointements.

N° 176. — Très bon mécanicien est demandé de suite dans grande ville de l'Ouest. Place d'avenir.

Nota. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

BULLETIN

DU

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ET DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

BUREAU

Séance du 23 juin 1908.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Présents : MM. Francis Jean, Godon, d'Argent, Delair, Fouques, Lalement.

Excusé : M. Viau.

1° Le procès-verbal de la séance du Bureau du 12 février 1908 est lu, mis aux voix et adopté ;

2° Le Conseil de famille mixte présente les candidatures :

a) M. Russe, de Besançon ;

b) M. Manian, de Charleville ;

c) M. Werndl, de Paris, 9, rue du Mont-Dore,

admis dans la Société par le précédent Conseil de l'École. Le Bureau de l'Association ratifie ces admissions sous réserve de les présenter à la prochaine réunion de son Conseil d'administration.

Deux autres candidatures sont retournées au Conseil de famille pour enquête supplémentaire ;

3° Sur proposition de *M. Lalement* et après discussion, il est rappelé que toute demande d'admission doit être transmise au Conseil de famille qui ne pourra décider qu'après enquête. Les candidatures doivent figurer deux fois dans le journal *L'Odontologie*, ainsi que le nom des parrains, et être affichées en même temps pendant un mois dans le local de la Société.

Les avis du Conseil de famille sont transmis au plus prochain Conseil d'administration, soit de l'Ecole, soit de l'Association, qui décide en dernier ressort. Les candidats doivent être informés de ces décisions par le président du Conseil qui les a admis.

Ces dispositions seront transmises au bureau de l'Ecole ;

4° Tous les employés du secrétariat de l'Ecole sont à la disposition de l'Administration de l'Association.

Toutefois, *M. Godon* rappelle que pour toute demande de travail ou

de renseignements on doit s'adresser au chef du secrétariat. On ne devra s'adresser directement aux fonctionnaires qu'en cas d'urgence;

5° *M. Delair* propose de s'adresser au Syndicat des mécaniciens en vue de satisfaire aux demandes des mécaniciens adressées à la Chambre syndicale. Cette proposition est adoptée ;

6° *M. Viau*, empêché, présente, par le canal du Président, la situation financière trimestrielle. C'est la première fois qu'une situation trimestrielle financière est constituée. Des félicitations sont adressées au trésorier ;

7° Le Bureau décide le remboursement par la caisse de l'Association à l'Ecole, de la somme de 2.000 francs que l'Ecole lui avait préalablement prêtée en vue de l'emprunt L. Cette restitution sera prélevée sur la caisse de l'Association ;

8° Il est décidé que les cotisations des membres du Groupement doivent être payées en février pour l'Ecole, en septembre pour l'Association, conformément à l'article 74, paragraphe 2, page 25 des statuts et règlements. Un rappel de ce paragraphe sera fait au trésorier ;

9° Il sera remboursé à M. P., de Philippeville, les 20 francs avancés par lui, son admission ne pouvant être acceptée pour cause d'impossibilité de constitution de parrains;

10° Le président annonce que la F. D. N. a nommé d'office les représentants du Bureau commme délégués de l'Association à la F. D. N.;

11° Le Bureau décide que l'Association ne doit pas être représentée au Congrès d'Angers ;

12° Le Conseil devra être réuni le samedi 4 juillet, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal ;
2° Correspondance ;
3° Allocution du Président ;
4° Rapport du Conseil de famille ;
5° Rapport de la Chambre syndicale ;
6° Délégation à la F. D. N. ;
7° Congrès de Clermont-Ferrand ;
8° Congrès d'Angers ;
9° Questions et propositions diverses.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

BUREAU

Réunion du 4 juillet 1908.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Sont présents : MM. Cecconi, d'Argent, Delair, Fouques et Godon.

Excusés : MM. Viau, Blatter, Hugot, Debray, Brodhurst, Lalement.

M. Delair fait un rapport verbal sur le fonctionnement de la Chambre syndicale et sur les affaires dont elle s'occupe actuellement.

Les 200 francs attribués à la Chambre syndicale sont destinés à en assurer le fonctionnement.

M. Godon donne lecture d'une note qu'il dépose sur le bureau et qui est relative aux modifications et à l'organisation financière et à la création d'un budget général et d'une comptabilité administrative commune du Groupement. Cette note est approuvée.

M. Godon propose que le budget général soit étudié par une Commission des finances mixte.

M. d'Argent y voit des inconvénients, parce qu'il n'est pas nécessaire que les conseillers de l'Ecole par exemple s'immiscent dans le budget de l'Association et réciproquement.

Après discussion il est décidé que ce budget général, qui comprend trois parties : Ecole, Association, Odontologie, sera envoyé, pour les parties qui les concernent, aux présidents et trésoriers respectifs, qui l'étudieront, le soumettront à leurs Conseils, puis le renverront à l'administration avec leurs observations.

M. Fouques donne lecture de lettres d'excuses de MM. Brodhurst, Blatter, Debray, Duplan, Fléty, Lalement (de Paris), Hugot, Rigolet, Thuillier.

M. Francis Jean communique une lettre de M. Loup donnant sa démission de membre du Conseil.

Il est décidé de lui en accuser réception en attendant d'en faire communication au Conseil.

Il communique ensuite une lettre de l'Union générale des étudiants en chirurgie dentaire demandant une subvention.

Sur sa proposition, un crédit de 200 francs, dont la moitié sera supportée par l'Ecole, est voté pour l'organisation du Congrès de Clermont-Ferrand, l'Ecole odontotechnique accordant aussi 200 francs.

Il communique enfin une lettre de la Société et Syndicat des dentistes de l'Ouest invitant l'Association à prendre part au Congrès qu'elle organise à Angers.

Le Bureau décide de ne pas participer à ce Congrès :

« Il n'y a pas lieu d'émietter les efforts de la profession dans des
» Congrès multiples ; il est préférable de les réserver pour un Congrès
» unique, de façon à former un gros groupement congressiste, et à
» cet égard, le Congrès annuel de l'A. F. A. S. — cette année à Cler-
» mont-Ferrand — suffit. »

Le président fait remarquer que le nombre des membres présents n'étant pas suffisant, il n'est pas possible de tenir la séance du Conseil qui était convoquée.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

BUREAU

Séance du 2 octobre 1908.

Présidence de M. Francis Jean.

La séance est ouverte à 6 heures.

Présents : MM. Francis Jean, Godon, Viau, Fouques, Lalement.

Correspondance. — Lettre de faire-part du mariage de M. Boudot D. E. D. P. Des félicitations lui seront adressées.

Budget. — M. Viau donne lecture du projet de budget de l'Association. Il fait remarquer que c'est la première fois qu'un semblable projet est présenté au cours d'un exercice. Il indique notamment que les bourses de l'Association sont prises dans le sous-chapitre 8, c'est-à-dire dans la Caisse de prévoyance, la Caisse de l'Association n'étant pas assez riche pour supporter cette dépense.

De plus, 200 francs pris dans la Caisse de prévoyance sont assurés à la Chambre syndicale, qui n'avait pas de budget jusqu'alors pour en assurer le fonctionnement.

Le Bureau adopte ce projet de budget pour 1908-1909 au chiffre de 9.275 francs en recettes et en dépenses.

Ce projet sera présenté au prochain Conseil d'administration.

Il devra être déposé au Secrétariat quelques jours avant la séance du Conseil. Cette dernière décision devra être indiquée sur les convocations des membres du Conseil.

Le trésorier communique en outre la situation actuelle financière au 30 juin 1908. L'actif de la Caisse de l'Association et de la Caisse de prévoyance s'élève à 26. 315 fr. 10.

Le Bureau invite le trésorier à prendre les mesures réglementaires contre les membres en retard pour leurs cotisations et qui en ont déjà été informés. Il ne faudra pas oublier de suspendre à leur égard l'envoi du journal.

Le Bureau décide enfin de réunir le Conseil d'administration le samedi 24 octobre. L'ordre du jour sera ultérieurement décidé.

La séance est levée à 8 heures.

Le secrétaire général.
G. Fouques.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 31 octobre 1908.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Audy, Blatter, d'Argent, Delair, Fléty, Godon, Hugot, Lalement, Rigolet, Roy, Thuillier, Viau.

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la séance du 7 mars 1908 ;
2° Lecture des procès-verbaux des séances du Bureau ;
3° Lecture de la correspondance ;
4° Allocution du président ;
5° Situation financière du journal *L'Odontologie* pour l'année 1907.

6° Rapport de la Chambre syndicale ;
7° Rapport du Conseil de famille (admissions, démissions) ;
8° Projet de budget 1908-1909 pour l'Association ;
9° Propositions et questions diverses.

M. G. Lalement donne lecture du procès-verbal du Conseil du 7 mars 1908.

M. Rigolet signale une erreur dans le règlement du vote par correspondance contenu dans la *brochure rouge*.

Vérification faite, la brochure consultée par M. Rigolet est la première épreuve qui avait été envoyée aux membres du Conseil pour y consigner leurs observations et qui a été remplacée par une brochure définitive dans laquelle l'erreur a été rectifiée.

Il est rappelé, à cette occasion, que toutes les brochures rouges, première épreuve, avaient été retirées des séances des Conseils et portent en travers le mot ÉPREUVES.

M. Rigolet s'étonne qu'on ne lui ait pas montré les pièces justificatives d'un prêt fait à un membre de l'Association.

Le président répond que le bureau, chargé d'éclaircir la question, a fait une déclaration à cet égard.

M. Delair ajoute que le prêt a été consenti sous sa présidence, avec sa signature, sous sa responsabilité. Quand M. Viau a pris la trésorerie, il ignorait comment le prêt avait été fait. Des explications ayant été demandées, le bureau a été chargé de les fournir et il ressort de ces explications que tout s'est passé régulièrement.

M. Rigolet demande si le bureau s'est acquitté de sa mission.

Le président répond : le bureau vous déclare que toutes les garanties sont prises.

L'incident est clos ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Lalement donne lecture du procès-verbal du bureau du 23 juin 1908.

M. Rigolet fait remarquer qu'il n'a pas vu dans *L'Odontologie* les noms des candidats à l'admission dans la Société, comme le porte une décision de cette séance.

Le président répond qu'une autre décision du bureau a modifié cette décision, parce que la mesure présentait des inconvénients. D'ailleurs a question pourra revenir en fin de séance.

M. Rigolet demande des explications sur le remboursement du prêt dont il est parlé plus haut.

M. Lalement les fournit : l'Association avait prêté 3.000 francs,mais n'en avait que 1.000 en caisse ; elle en a donc emprunté 2.000 à l'Ecole, qu'elle lui a remboursés sitôt qu'elle a eu des fonds disponibles, de sorte que l'Association est maintenant seule créancière de M. L.

M. Godon complète ces renseignements : cette régularisation s'est aite lors du règlement des comptes entre l'Ecole et l'Association d'après 'état des comptes au 31 mars 1908.

M. d'Argent ajoute que le prêt en question des 3.000 francs n'aurait pu être consenti au début par l'Association qu'en vendant des actions, car elle n'avait pas d'argent en caisse ; c'est pour cela qu'elle a emprunté 2.000 francs à l'Ecole.

M. Rigolet demande que le procès-verbal porte dès lors la mention

suivante : remboursement par la caisse de l'Association à l'Ecole de la somme de 2.000 francs que l'Ecole lui avait préalablement prêtée.— *Adopté.*

Le procès-verbal du 23 juin est adopté.

M. Lalement donne lecture du procès-verbal du bureau du 4 juillet 1908.

Le président dit que cette séance a remplacé celle du Conseil qui n'a pu avoir lieu, le quorum n'ayant pas été atteint.

Le procès-verbal du 4 juillet est adopté.

M. Lalement donne lecture du procès-verbal du 2 octobre 1908.

M. Delair demande qu'il soit mentionné que les 200 francs attribués à la Chambre syndicale sont destinés à en assurer le fonctionnement. Il ne faut pas qu'on croie que c'est pour le secrétaire général, comme à la Société d'Odontologie.

M. Roy fait observer que le secrétaire général de la Société d'Odontologie ne reçoit pas d'appointements ; la somme qu'il touche est une indemnité pour ses frais de bureau.

Le procès-verbal est adopté sous réserve de cette observation.

La correspondance comprend des lettres d'excuses de MM. Claser, Dyssli, Duplan, Viau (qui ne peut arriver qu'assez tard).

Le président donne lecture d'une lettre par laquelle M. Loup se démet de son mandat de conseiller ; il fait connaître que le bureau a exprimé des regrets à M. Loup.

M. Roy propose d'accepter sa démission et de lui manifester des regrets. — *Adopté.*

Le président communique une lettre circulaire du Syndicat des chirurgiens-dentistes invitant à son banquet et à son assemblée générale.

Il propose que le Conseil en prenne acte et engage ses membres qui voudront s'y rendre à s'adresser directement au président ou au secrétaire général du Syndicat. — *Adopté.*

Il communique une demande de bourse formée par M. R., élève de troisième année.

La bourse, de 400 francs, est continuée pour un an.

Il communique également une demande de bourse formée par M. D.

M. Delair rappelle qu'il a été voté sous sa présidence une deuxième bourse de l'Association.

M. Rigolet propose une bourse identique, si les ressources le permettent, sinon une demi-bourse.

M. Godon dit qu'on a imputé les bourses dans le projet de budget 1908-1909 sur le compte de la Caisse de prévoyance, parce que c'est un prêt et parce que c'est la seule Caisse ayant des fonds ; celle de l'Association n'a que les fonds provenant des bénéfices du journal. Il conseille d'être parcimonieux dans l'attribution des bourses, pour ne pas dépasser les ressources de l'Association.

M. Roy propose de dépenser en bourses les intérêts du capital de la Caisse de prévoyance et de s'en tenir à une bourse et demie, afin de conserver des ressources pour les secours.

M. Hugot propose d'accorder à M. D. une bourse 400 francs, la demi-bourse étant de 200 francs.

Une bourse de 400 francs est votée pour M. D.

Le président donne lecture d'une lettre par laquelle l'Union des étudiants en chirurgie dentaire demande une subvention.

Après observations de *MM. Delair* et *Blatter*, il est décidé, sur la proposition de *M. Roy*, de passer à l'ordre du jour.

Le président prononce l'allocution suivante (V. plus loin).

M. Blatter dépose la situation financière de *L'Odontologie* pour 1909, arrêtée au 31 décembre, présentée au Comité de rédaction, qui l'a approuvée. Il ajoute que la situation du journal est bonne et prospère, que les annonces sont productives et qu'il va être pris diverses mesures pour répandre davantage *L'Odontologie,* notamment à l'étranger, enfin qu'il dépose tous les mois au Comité de rédaction un état de caisse. Il demande l'adoption de la situation.

M. Rigolet demande si la situation peut être autographiée pour être mise entre les mains des membres.

M. Blatter s'y oppose, car il y voit des inconvénients, au point de vue commercial.

M. Hugot pense qu'il suffit de consulter les comptes au secrétariat.

M. Delair propose des félicitations pour M. Blatter et pour le Comité de rédaction. Il demande un meilleur papier pour *L'Odontologie,* car un nouveau journal élégant va se fonder et coûtera moins cher.

M. Blatter répond qu'il est tout disposé à réaliser des améliorations en y consacrant les bénéfices.

M. Roy estime que le journal ne doit pas être une entreprise commerciale ; si donc l'Association veut consentir à certains sacrifices, le Comité s'efforcera de réaliser des améliorations.

M. Hugot est d'avis qu'il faut faire des sacrifices pour ne pas se laisser distancer par d'autres publications.

M. Godon. — Il s'est créé depuis quelque temps de nombreux journaux dentaires à bon marché ; l'un d'eux est même distribué gratuitement et l'on vous annonce un nouveau journal, aussi faut-il faire des sacrifices. Sur les 1.200 francs figurant au budget comme bénéfices probables, une somme de 1.000 francs au moins pourrait être attribuée aux améliorations et je proposerai à l'Ecole de consentir, de son côté, un nouveau sacrifice en faveur de *L'Odontologie.*

M. Rigolet demande si ces 1.000 francs sont suffisants.

M. Roy répond que non ; mais c'est un commencement.

L'ordre du jour suivant, déposé par M. Godon, est mis aux voix et adopté :

« Le Conseil souhaite que les bénéfices du journal prévus au budget de 1908-1909 soient employés aux améliorations du journal, au moins jusqu'à concurrence de 1.000 francs. »

Les félicitations adressées à M. Blatter sont mises aux voix et adoptées.

M. Blatter remercie.

M. Hugot constate avec plaisir que M. Blatter a tenu sa promesse de soumettre des états mensuels.

Le président donne lecture d'une lettre du président du Groupement

réclamant, pour être déposés aux archives, les documents de l'Association à partir de 1905 et propose d'adresser une invitation aux membres ayant occupé une fonction dans le bureau de renvoyer leurs documents. — *Adopté.*

M. Lalement donne lecture de son rapport sur la Chambre syndicale (V. plus loin).

M. Rigolet dit que cinq de ses patients lui ont apporté le journal *Nos Loisirs* contenant un article relatif à la Chambre syndicale.

M. Delair a eu connaissance de cet article par un professeur de l'Ecole et a reçu diverses lettres provoquées par cet article. Il a adressé des lettres rectificatives aux divers journaux professionnels pour leur dire que la Chambre s'occupe des intérêts généraux de la profession et non de former des dentistes.

M. Rigolet propose de demander des dommages-intérêts.

M. Roy fait observer qu'un tribunal n'accorderait rien, car il n'y a pas eu préjudice ; la seule chose à exiger peut-être, c'est l'insertion d'une lettre de rectification. Il propose de féliciter M. Delair de l'impulsion donnée à la Chambre syndicale, qui n'a fait que prospérer sous sa direction.

M. Delair propose de réclamer un droit de 2 francs aux confrères qui, ne faisant pas partie de l'Association, lui demandent ses services pour les offres et demandes d'emplois.

M. Hugot propose de leur réclamer le prix d'une insertion dans *L'Odontologie*, soit 5 francs, car autrement on fait du tort au journal. — *Adopté.*

Le président fait connaître que le Conseil de famille s'est réuni plusieurs fois et a proposé au Conseil de l'Ecole l'admission de MM. Cohen, Gladarof, Revel, Smadja, Delionnel, Lemière, Dumont, Berthoumieu, Zilliotto, Lacroix, Rousseau, Roth, Delis, qui ont été admis. Quatre membres sont rayés comme débiteurs de cotisations ; pour 60 autres membres, également débiteurs, les droits sont suspendus jusqu'à paiement.

M. Roy propose que si ces 60 sociétaires n'ont pas payé leurs cotisations au moment de l'assemblée générale, ils soient privés du droit de vote.

M. Hugot propose qu'il leur soit écrit par le trésorier, 15 jours avant l'envoi des convocations, qu'ils ne pourront prendre part aux votes que s'ils sont en règle avec la trésorerie au moment de l'assemblée générale. — *Adopté.*

Sur la proposition de *M. Hugot,* il est décidé que cette décision figurera dans *L'Odontologie* et sur les convocations. — *Adopté.*

M. Godon dépose, au nom du trésorier, le projet de budget pour 1908-1909, en faisant remarquer que ce projet est emprunté au budget général du Groupement, divisé en trois parties : Ecole, Association, journal. En recettes il s'élève à 9.275 francs, dont 6.834 francs pour l'Association, 2.241 francs pour la Caisse de prévoyance et 200 francs pour la Chambre syndicale, et à la même somme en dépenses. Il ajoute que l'existence d'un budget offre l'avantage de fixer les conseillers et le personnel sur le montant des dépenses qu'on peut faire.

Le projet de budget est mis aux voix et adopté.

M. Rigolet reprend sa question relative à la publication dans *L'Odontologie* du nom des candidats à l'admission.

Le président répond que le bureau avait, en effet, décidé de publier ces noms dans *L'Odontologie*, mais qu'y ayant trouvé des inconvénients, il est revenu sur cette décision.

M. Rigolet n'y voit que des avantages, car cela aurait permis notamment d'empêcher l'admission de deux membres sur lesquels il a été fait des objections.

M. Delair constate qu'il y a du pour et du contre dans cette publication.

M. Hugot. — Un candidat sur le point d'être admis peut en être détourné par un adversaire : voilà un inconvénient ; au contraire, s'il est indigne, c'est une bonne chose qu'on connaisse sa candidature.

M. Roy pense qu'en raison de l'hostilité de certain groupement contre l'Association il peut y avoir inconvénient à publier les candidats ; il croit, au contraire, qu'on peut publier les noms des nouveaux admis. Avec le Conseil de famille tel qu'il est constitué il est difficile d'admettre des candidats indignes.

M. Rigolet demande à connaître l'état des demandes faites au Conseil d'Etat pour les modifications aux statuts.

Le président l'expose.

Sur la demande de *M. Rigolet*, il est décidé de mettre à jour le tableau des membres de l'Association.

La séance est levée à minuit un quart.

Le secrétaire adjoint,
LALEMENT.

ALLOCUTION DE M. FRANCIS JEAN,

Président de l'Association.

Prononcée à la séance du Conseil de direction du 31 *octobre* 1908.

Mes chers collègues,

Je suis heureux de cette occasion de nous trouver réunis pour vous rendre compte de l'action de l'Association pendant les quelques mois qui viennent de s'écouler. Votre Bureau n'est pas demeuré inactif et, désireux de réaliser dans la mesure du possible les vœux et les desiderata de l'Association et de son Conseil, il a tenu plusieurs séances et il s'est occupé avec zèle de les faire aboutir.

C'est ainsi que, pour donner à nos comptes une tenue plus régulière et plus en harmonie avec les principes de la véritable comptabilité, il a réorganisé la comptabilité de l'Association, qui est maintenant établie sur les bases fondamentales de la tenue des livres. Il l'a mise en harmonie avec celle des autres branches du Groupement, assurant par là une unité profitable à la bonne gestion financière, facilitant la tâche de vos administrateurs, permettant à tout

instant de connaître la situation exacte de nos ressources et de nos engagements.

Pour compléter cette harmonie, nos fonds ont été transférés du siège central de la Société générale à la succursale AW, voisine de notre siège social, et il en résulte, pour l'ensemble du Groupement, un bénéfice matériel, le taux de l'intérêt servi par ce dernier établissement de crédit étant supérieur à celui qui nous était bonifié précédemment.

Vous vous rappelez certainement combien il était difficile avec le système autrefois en vigueur, aussi bien à notre trésorier lui-même qu'aux administrateurs, de fournir aux sociétaires, lors des assemblées générales, les renseignements qu'ils étaient légitimement en droit de demander.

Grâce à la réforme réalisée, de semblables difficultés ne peuvent plus se reproduire et toute obscurité a disparu à tout jamais sur la gestion de notre savoir. Grâce à cette réforme aussi, nous aurons des comptes exacts à la fin de l'année et vous pourrez dans chacune de nos réunions de Conseil, qui sont à peu près trimestrielles, avoir sous les yeux une situation financière détaillée, claire et précise.

Mais dans cet ordre d'idées tout n'est pas terminé et il nous reste encore, par exemple, à procéder au classement de nos archives.

L'opération est commencée et avec beaucoup de temps et beaucoup de patience nous espérons réunir en un tout bien complet l'ensemble des documents qui constituent le passé de l'Association.

Notre activité ne s'est pas bornée à l'administration intérieure. Sous l'impulsion de M. Delair, qui y consacre beaucoup de temps, notre Chambre syndicale rend maintenant de grands services et remplit fidèlement les buts pour lesquels elle a été créée : servir de conciliatrice entre des intérêts opposés, procéder à des expertises et procurer à nos confrères qui en ont besoin des opérateurs, des assistants et des mécaniciens et trouver à ceux-ci des situations convenables. Chacun des n[os] de *L'Odontologie* contient une ou deux pages consacrées à cette œuvre d'aide mutuelle, qui est un des objets les plus nobles de l'Association.

La Chambre syndicale cette année n'a pas chômé et le nombre des affaires qui lui ont été soumises a été considérable. Nous ne saurions trop féliciter M. Delair de l'ardeur avec laquelle il s'adonne à cette tâche et je suis persuadé de rencontrer votre approbation en l'en remerciant de votre part.

Comme vous le savez, pour l'admission de nouveaux membres dans notre Groupement, nous avons maintenant un Conseil de famille unique, mixte, qui facilite singulièrement les formalités et qui abrège les délais d'attente. Le Conseil de l'Ecole se réunissant en effet tous les mois et celui de l'Association ne se réunissant guère

que quatre fois par an et même moins fréquemment, les demandes d'admission arrivaient d'ordinaire au premier de ces Conseils ; puis, une fois accueillies, elles devaient attendre la réunion du second pour être accueillies de nouveau. De là un retard forcé. Il n'en sera plus de même dorénavant en adoptant la proposition que nous allons vous soumettre : quand le Conseil de famille mixte aura formulé un avis favorable sur une candidature, l'admission prononcée par le premier Conseil de Direction qui se réunira ensuite sera définitive et aura son effet pour tout le Groupement. Ce système offrira, en outre, le grand avantage d'éviter les erreurs, les oublis et les répétitions auxquels l'ancien procédé donnait lieu quelquefois.

Les démarches que l'assemblée générale de l'Ecole avait autorisé son Conseil à faire auprès du Conseil d'Etat pour obtenir des modifications aux statuts de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, permettant aux membres provinciaux de l'Association de faire partie de la première section du Groupement suivent leur cours. Plusieurs communications ont déjà été échangées avec le Ministère de l'Intérieur, la préfecture de la Seine et le Conseil d'Etat et tout récemment cette haute assemblée a indiqué les modifications qu'elle est disposée à accorder. Ces modifications devront toutefois auparavant être approuvées par une assemblée générale.

Je suis heureux de pouvoir vous annoncer que la régénération de la F. D. N., qui a été entreprise, a eu un plein succès. Le bon accueil qu'elle a rencontré auprès des Sociétés parisiennes et provinciales auxquelles elle s'est adressée permet à la Fédération d'occuper maintenant un rang très honorable auprès des Groupements ou pseudo-groupements du même genre qui ont été tentés et la liste de ces sociétés est maintenant assez longue pour que leur réunion puisse prétendre parler au nom de la profession.

Nous avons précisément la satisfaction de compter au nombre de celles-ci la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Lyon que nous avons contribué à fonder et qui a toujours marché à nos côtés, et dont les effets et les services viennent d'être récompensés par la reconnaissance d'utilité publique, prononcée par une loi du 29 avril dernier. Nul ne peut s'en réjouir plus que nous et je suis convaincu d'avoir été votre interprète en adressant nos vives félicitations pour ce succès aux administrateurs de l'Ecole lyonnaise.

La Fédération se trouve ainsi n'avoir reçu l'adhésion et n'avoir prononcé l'admission que de groupes absolument honorables. Son attitude est en tout point loyale et irréprochable ; tant pis s'il est encore quelques Sociétés se tenant à l'écart qui ne l'ont pas compris !

Le Congrès de Clermont-Ferrand, où l'Association était représentée par plusieurs de ses membres, a continué la tradition des Congrès qui l'ont précédé. Nous résumerons d'un mot l'œuvre de la

section d'Odontologie de l'A. F. A. S. cette année en disant qu'elle a été satisfaisante.

Nous avons eu le regret de perdre un de nos plus anciens membres, M. Papot. La place qu'il a occupée à des titres bien différents dans notre Groupement et le rôle qu'il y a joué sont trop présents à votre esprit pour que j'aie besoin de m'y appesantir longtemps. Nous avons eu également le regret de perdre le D[r] Monnet, ancien professeur de l'Ecole et membre de l'Association. Votre Président représentait l'Association à leurs obsèques. Nous adressons à leur famille un souvenir ému et l'expression de nos sincères condoléances.

Tels sont, mes chers confrères, les principaux faits de notre vie corporative susceptibles de vous intéresser. Je ne vous les ai mentionnés que pour vous montrer que nous nous efforçons de remplir de notre mieux le mandat que vous nous avez remis, désireux de justifier ainsi dans la mesure du possible la confiance que vous nous avez témoignée et dont nous avons encore besoin pour mener à bonne fin la tâche que nous avons assumée en votre nom.

CHAMBRE SYNDICALE

RAPPORT DE M. LALEMENT,

Secrétaire,

Présenté au Conseil de direction du 31 octobre 1908.

Messieurs et chers confrères,

Au nom de la Chambre syndicale je viens vous rendre compte du travail accompli depuis le commencement de cette année, et des efforts que nous avons faits pour répondre à la confiance que vous nous avez investis.

Notre sympathique président M. Delair, avec son expérience et sa connaissance des besoins de la profession, a dès le début attiré notre attention sur l'utilité du placement des opérateurs et mécaniciens. Aider nos confrères à trouver des collaborateurs, faciliter aux jeunes leur début dans la profession lui apparut comme un des principaux services que pourrait rendre la Chambre syndicale.

Pour atteindre ce but, la Chambre syndicale a tout d'abord informé par une circulaire les fournisseurs pour dentistes et le Syndicat des mécaniciens dentistes qu'elle s'occupait désormais très activement de ce placement. Un appel aux dentistes était inséré dans *L'Odontologie* pour leur demander de s'adresser à la Chambre syndicale.

Puis deux mesures furent prises : la publication dans chaque numéro de *L'Odontologie* des offres et demandes, rubrique spécialement réservée à la Chambre syndicale. En même temps une vitrine

réservée était placée dans le vestibule de l'Ecole, pour y afficher les mêmes offres et demandes.

Les résultats sont excellents.

Jusqu'à ce jour, quarante-cinq confrères, dont vingt-sept de province et dix-huit de Paris, se sont adressés à nous pour avoir des opérateurs ou des mécaniciens.

Nous avons pu leur répondre à tous en leur envoyant une ou deux adresses. De leur côté, les opérateurs nous ont fait soixante-dix demandes.

Nous remarquons que seulement trois ou quatre mécaniciens ont eu recours à nous. Peut-être cela tient-il à ce qu'ils ignorent encore l'activité de notre nouveau service.

Il nous faut rappeler aussi que la Chambre syndicale n'est ici et très strictement qu'un intermédiaire. Elle transmet offres et demandes, dans l'ordre de leur arrivée, sans donner ni aux employeurs ni aux employés d'autres renseignements ni d'autres garanties que ceux contenus dans les lettres reçues.

Ces lettres sont enregistrées à l'arrivée sur un registre spécial avec numéro d'ordre, afin de permettre le contrôle.

Nous avons été particulièrement heureux de pouvoir donner satisfaction très rapidement parfois à nos confrères de Paris, qui, dans les 48 heures, ont pu, grâce à la Chambre syndicale, trouver opérateur, mécanicien ou remplaçant pour cause de maladie ou de vacances.

De tous les coins de la province, nos confrères nous ont adressé leurs demandes. Toujours nous avons pu les mettre en relations avec les auxiliaires désirés, et presque toujours ces relations ont été suivies d'effets. Nous éprouvons cependant une difficulté que nos amis de province doivent connaître, afin de ne pas nous rendre responsables : c'est l'hésitation des opérateurs et des mécaniciens à se rendre en province.

Plus de cent cinquante lettres ont été écrites, plus de cinquante annonces ont été publiées dans *L'Odontologie* et une centaine de confrères employeurs ou employés ont obtenu satisfaction.

Dans le même ordre d'idées notre entremise a facilité à plusieurs dentistes l'achat ou la vente de cabinets.

Affaires judiciaires.

Nous avons reçu quatre demandes d'arbitrage dans les affaires litigieuses, deux affaires ont été arrangées à l'amiable. Les deux autres sont à l'étude chez notre avocat conseil.

Plusieurs dossiers de poursuites pour exercice illégal sont entre nos mains. Le retard dans l'exercice de ces poursuites vient de ce que des confrères pensent qu'il leur suffit d'affirmer le fait et oublient qu'il faut des preuves précises, des témoins sûrs.

Nous signalons également notre ferme résolution de ne tenir aucun

compte d'une dénonciation anonyme ; le fait s'est produit récemment.

Plusieurs expertises nous ont été confiées par les juges de paix. Nous avions d'ailleurs adressé aux juges de paix une circulaire pour leur rappeler que notre Chambre syndicale était à leur disposition.

Nous avons pensé qu'il nous était utile d'avoir sous la main des renseignements judiciaires et pratiques. Nous avons fait relever et résumer divers jugements et renseignements judiciaires, publiés depuis 1904, par les journaux de la profession. Cent vingt fiches sont déjà établies. Nous tiendrons ce travail à jour.

La Chambre syndicale a pris connaissance de trois articles du docteur Vève parus dans *le Figaro* concernant la profession. Elle a pensé que répondre et entamer une polémique était inutile et donnerait à cette opinion une importance exagérée.

Il n'en est pas de même de l'article paru dans le journal *Nos Loisirs*. Cet article, *rempli d'erreurs et plutôt nuisible à la profession,* se termine par l'adresse de notre Chambre syndicale, paraissant dès lors avoir été publié ou inspiré par elle.

M. Delair, notre distingué président, a immédiatement écrit au journal *Nos Loisirs* une lettre de protestation dont il a égalemeut demandé l'insertion dans tous les journaux professionnels.

Nous avons fait tout le possible pour accroître l'activité de notre Chambre syndicale, pour rendre service à nos confrères, membres du Groupement et autres, pour défendre les intérêts de notre profession, pour faire encore mieux connaître et apprécier l'Association générale des dentistes de France dont notre Chambre syndicale est l'émanation.

Nous voudrions qu'en retour tous nos confrères de l'Association s'intéressent, eux aussi, à notre Chambre syndicale et en toutes occasions s'adressent à elle, et fassent connaître les services qu'elle peut rendre. Nous allons d'ailleurs de nouveau leur adresser un appel.

Nous voudrions également que le Conseil donne pleins pouvoirs à la Chambre syndicale pour les poursuites contre tous les délits signalés et nettement établis. Sans désirer des poursuites à outrance, nous pensons que la protection des intérêts de nos confrères et de la dignité de notre profession exigent ces mesures de déférence.

Que tous nos confrères sachent bien que la Chambre syndicale remise en activité n'a d'autre but que leur utilité. Les membres de cette Chambre syndicale ne demandent qu'à continuer à donner de leur temps et de leurs efforts. Mais, il faut pour cela que nos confrères ne restent pas indifférents et utilisent leur bonne volonté.
